Regionale toetsingscommissies euthanasie

Jaarverslag 2012

Secretariaten Regionale toetsingscommissies euthanasie

Algemeen secretaris:
mw. mr. N.E.C. Visée (n.visee@toetscie.nl)
Postbus 9013
6800 DR Arnhem
Telefoon: 026 – 352 8338
Mobiel: 06 - 11 79 74 36
Tot 20 februari 2012:
mw . mr. A.C.M. van der Arend

Regio 1 Groningen, Friesland en Drenthe
Postbus 571
9700 AN Groningen
Secretaris: mw. mr. W.T. Mulder (wt.mulder@toetscie.nl)
Telefoon: 050 – 599 2639 fax: 050 – 311 5301

Regio 2 Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland
Postbus 9013
6800 DR Arnhem
Secretaris: mw. mr. J.M. Welten (jm.welten@toetscie.nl)
mw. mr. C. Grijsen (c.grijsen@minvws.nl)
Telefoon: 026 – 352 8335 fax: 026 – 352 8334

Regio 3 Noord-Holland
Postbus 16256
2500 BG Den Haag
Telefoon: 070 – 340 5853 fax: 070 – 340 7913
Secretaris: mw. mr. B.E. Liauw (b.liauw@toetscie.nl)
mw. mr. L.F. Stultiëns (lf.stultiens@toetscie.nl)
mw. drs. M. Biesot (m.biesot@minvws.nl)

Regio 4 Zuid-Holland en Zeeland
Postbus 16255
2500 BG Den Haag
Telefoon: 070 – 340 5873 fax: 070 – 340 7761
Secretaris: mw. mr. E. Stoop-Bod (l.stoop@toetscie.nl)
mw. mr. E.D. Boer (ed.boer@minvws.nl)

Regio 5 Noord-Brabant en Limburg
Postbus 9013
6800 DR Arnhem
Telefoon: 026 – 352 8342 fax: 026 – 352 8334
Secretaris: mw. mr. F.H.C. Dantuma-Leeffers (fh.dantuma-leeffers@toetscie.nl)
mw. mr. E.M. Suur (e.suur@toetscie.nl)

Regionale toetsingscommissies euthanasie

Jaarverslag 2012

Inhoud

Voorwoord

Zeer geachte lezer,

Hierbij bieden de vijf regionale toetsingscommissies euthanasie (RTE's) u hun jaarverslag 2012 aan. Daarin leggen zij verantwoording af over de wijze waarop zij inhoud hebben gegeven aan hun wettelijke taak, het toetsen van meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding aan de zorgvuldigheidseisen, zoals die zijn opgenomen in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL). Het jaarverslag biedt inzicht in het, wederom gestegen, aantal ontvangen meldingen, de aard van de gemelde gevallen, de oordelen van de commissies en de daarbij gemaakte afwegingen.

In dit verslagjaar is het Tweede evaluatieonderzoek naar de werking van de WTL door ZonMw uitgebracht. Daarin wordt melding gemaakt van een aantal gesignaleerde ontwikkelingen. Zo lijkt de aanvankelijke terughoudendheid ten aanzien van euthanasieverzoeken van bijzondere groepen patiënten (psychiatrie, dementie) plaats te maken voor een wat ruimere visie, zowel waar het gaat om maatschappelijke opvattingen en meningen binnen de beroepsgroep – de medische professionals - als om het beleid van de RTE's. *'Het gaat hierbij overigens niet om een oprekking van de wet, maar om zich ontwikkelende opvattingen met betrekking tot de strekking en reikwijdte van de "open" normen die in de wet zijn opgenomen. De uitspraken van de RTE's zijn van grote betekenis voor de interpretatie en uitwerking van de in de WTL nogal globaal geformuleerde zorgvuldigheidseisen, die steeds verder worden "ingevuld" en uitgewerkt'*, aldus het onderzoeksrapport.

Dat uitspraken van de RTE's ook aanleiding kunnen vormen tot levendige discussie in de samenleving en de beroepsgroep blijkt wel uit de uiteenlopende reacties die het oordeel in de (als casus 7 in het jaarverslag 2011 opgenomen) verder gevorderde dementie zaak heeft losgemaakt. Dergelijke breed gevoerde discussies met betrekking tot het zelfgekozen levenseinde kunnen weer binnen de RTE's leiden tot een gezamenlijke gedachtenwisseling, die als zeer waardevol wordt ervaren voor de (interne) oordeelsvorming.

In 2012 hebben de commissies onder meer een bijeenkomst, met geriater prof. dr. J. Slaets als gastspreker, gewijd aan het thema "de aard van het ondraaglijk lijden", waaraan juristen (w.o. de secretarissen), artsen en ethici van de commissies hebben deelgenomen.
Belangrijk doel van dergelijke, regelmatig gehouden bijeenkomsten is harmonisatie, het zoveel mogelijk eenduidig optreden van de commissies bij het beoordelen van de meldingen. Met inachtneming van het uitgangspunt dat iedere individuele melding naar de eigen, specifieke omstandigheden van het "geval" moet worden beoordeeld, blijft het streven gericht op deze harmonisatie.

Het is immers van groot belang dat de commissies met hun oordelen -en de daarin verwoorde afwegingen bij het toetsen aan de wet, de wetsgeschiedenis en de relevante jurisprudentie- zo veel mogelijk duidelijkheid scheppen.
Duidelijkheid voor artsen met betrekking tot de ruimte die de wet hen biedt wanneer zij met een euthanasieverzoek worden geconfronteerd en tegelijk ook duidelijkheid voor patiënten met een euthanasieverzoek.

De RTE's willen via hun oordelen, publicatie daarvan en goede voorlichting zorgen voor een transparante en controleerbare ontwikkeling van de euthanasiepraktijk en langs die weg ook bijdragen aan de maatschappelijke discussie.

De wijze waarop de RTE's de wet toepassen dient dan ook niet alleen kenbaar te zijn voor de individuele arts (door middel van het oordeel over diens eigen melding), maar ook voor derden. De algemene tekst van het jaarverslag, waarin het beleid van de RTE's wordt toegelicht is dan ook verder verduidelijkt, wat overigens het bezwaar niet wegneemt dat de daarin gepresenteerde informatie niet altijd de meest actuele ontwikkelingen kan weergeven. Daarom wordt de eigen website, waarop oordelen worden gepubliceerd, momenteel "gemoderniseerd".

Voorts wordt, geheel in lijn met de aanbevelingen in het rapport van het Tweede evaluatieonderzoek WTL, door de RTE's verder gezocht naar mogelijkheden om, anders dan alleen via de oordelen aan individuele artsen, de jaarverslagen en het publiceren van oordelen op de website, een ruimere bekendheid te geven aan (ook de meest actuele) "jurisprudentie" van de RTE's.
De aanbevelingen worden in Hoofdstuk I besproken.

De Stichting Levenseinde Kliniek (SLK) is op 1 maart 2012 van start gegaan. De commissies hebben in dit verslagjaar in totaal 32 meldingen ontvangen van aan de SLK verbonden artsen. Omdat het hier een nieuw verschijnsel betrof hebben de RTE's de concept-oordelen in deze meldingen voorgelegd aan de leden van alle commissies. Dit heeft in alle 32 meldingen van de SLK-artsen geresulteerd in het oordeel dat de arts conform de wettelijke zorgvuldigheidseisen had gehandeld; zie ook Hoofdstuk I.

De wettelijke termijn waarbinnen de RTE's hun oordeel ter kennis van de arts behoren te brengen werd ook in 2012 nog regelmatig overschreden. Dit is een ongewenste en met de wet strijdige situatie, die de commissies ten zeerste betreuren; zij hebben dit ook aan de meldend artsen kenbaar gemaakt.
In hoofdstuk I, Ontwikkelingen in 2012, wordt nader ingegaan op de inmiddels gezette stappen om de -in de voorafgaande jaren opgelopen- forse achterstanden weg te werken. De verwachting is dat dit, mede dankzij de gerealiseerde uitbreiding van personele formatie bij de secretariaten en de benoeming per 1 december 2012 van 15 extra plaatsvervangende commissieleden, in 2013 zal lukken.

Zonder ook maar iets te willen afdoen aan de inzet waarmee de leden van de commissies zich samen met de secretariaten hebben ingespannen om deze problemen het hoofd te bieden, wil ik mijn grote waardering uitspreken voor de hoeveelheid (extra) werk die hierbij is verzet door drs. P. van Hasselt. Onze collega van Hasselt is dit voorjaar plotseling overleden. Vrijwel vanaf de inwerkingtreding van de euthanasiewet heeft hij als arts deel uitgemaakt van de commissie Noord-Holland en ons geïnspireerd door zijn inbreng, zijn visie op vragen van leven en dood, zijn hartelijkheid en humor.   Wij zijn hem veel dank verschuldigd!

De commissies vernemen graag uw eventuele feedback via de algemeen secretaris van de RTE (mailadres: n.visee@toetscie.nl)

Mr W.J.C. Swildens-Rozendaal
Coördinerend voorzitter regionale toetsingscommissies euthanasie
Den Haag, juli 2013

Hoofdstuk I Ontwikkelingen in 2012

In 2012 zijn de volgende ontwikkelingen relevant.

Meldingen

In 2012 hebben de regionale toetsingscommissies euthanasie (hierna: de commissies) 4188 meldingen van levensbeëindiging op verzoek (veelal aangeduid als "euthanasie") of hulp bij zelfdoding ontvangen. De cijfers -zowel algemeen als uitgesplitst per regio- zijn opgenomen als bijlage I.
De commissies hebben in de zaken die ze beoordeelden, getoetst of de uitvoerend arts heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen als bedoeld in artikel 2, eerste lid van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL). In 10 gevallen kwamen de commissies tot de conclusie dat de arts niet aan alle zorgvuldigheidseisen had voldaan. Van laatstgenoemde oordelen worden de essentiële gedeelten in Hoofdstuk II, Zorgvuldigheidseisen Specifiek, onder de desbetreffende zorgvuldigheidseis als casus beschreven. Daarnaast wordt in Hoofdstuk II de essentie van een aantal veelal complexe oordelen beschreven waarin de commissies concludeerden dat wel aan deze eisen was voldaan[1].

Voortzetting stijging aantal meldingen

Het aantal meldingen dat de RTE's in 2012 hebben ontvangen (4188) betekent opnieuw een stijging, nu van 13 % ten opzichte van het aantal ontvangen meldingen in 2011 (3695). De verhouding instroom / afdoening van meldingen is al geruime tijd een bron van zorg voor de commissies. De termijn van afhandeling van meldingen is in 2012 onaanvaardbaar lang geweest. De commissies betreuren dit ten zeerste; tijdigheid van afdoening en voldoen aan de wettelijke vereisten zijn essentieel voor het in hen gestelde vertrouwen. De leden van de commissies hebben in 2012 samen met de secretariaten alles in het werk gesteld om de ontstane achterstanden weg te werken. Dankzij de nieuwe werkwijze die de commissies en de secretariaten in april 2012 landelijk hebben geïmplementeerd zijn de achterstanden al aanzienlijk ingelopen en ziet het er naar uit dat de commissies medio 2013 de meldingen van euthanasie weer binnen de wettelijke termijn kunnen afdoen.

Nieuwe werkwijze

De nieuwe werkwijze die alle commissies sedert april 2012 hanteren houdt in dat meteen na de ontvangst van de melding en bestudering van alle stukken door een ervaren secretaris een inschatting wordt gemaakt of de melding bij de leden van de commissie, die deze moeten beoordelen, vragen zal oproepen of "niet vragen oproepend" zal zijn. Onder "niet vragen oproepende meldingen" worden verstaan die meldingen, waarvan al bij ontvangst van de stukken (dus bij de start van het toetsingsproces) met grote waarschijnlijkheid door een ervaren secretaris vastgesteld kan worden dat de zorgvuldigheidseisen van de wet in acht zijn genomen én dat de daarin verstrekte informatie zo volledig is, dat de melding ook voor het overige geen vragen oproept. De secretaris stelt dit vast aan de hand van een "checklist" met criteria, ontwikkeld op basis van de in de afgelopen jaren door de toetsingscommissies in de praktijk opgebouwde ervaring met het toetsen van euthanasiemeldingen. De stukken van de niet vragen oproepende meldingen worden digitaal aan drie leden (jurist, arts en ethicus) van de betreffende regionale commissie ter beoordeling aangeboden.
Indien de commissieleden bij hun digitale beoordeling alle drie bevestigen dat de melding wat hen betreft inderdaad niet vragen oproepend is en vaststellen dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, kan de melding worden afgedaan. Indien echter ook maar één van de commissieleden aangeeft dat de melding bij hem of haar wel vragen oproept wordt de melding doorverwezen voor behandeling op de maandelijkse commissievergadering.
De commissies verwachten dat circa 80% van het totale aantal meldingen op digitale wijze zal kunnen worden beoordeeld. Teneinde de hierboven omschreven werkwijze digitaal optimaal te ondersteunen is er in april 2012 tevens een nieuw registratie- en beoordelingssysteem landelijk geïmplementeerd.

1: de als casus opgenomen passages van het oordeel hebben met name betrekking op de desbetreffende zorgvuldigheidseis

Uitbreiding leden RTE

Na intensief overleg met het Ministerie van VWS is het aantal commissieleden in 2012 met 50 % uitgebreid. Dat wil zeggen dat er aan iedere regionale commissie, die bestond uit drie leden (arts, ethicus en jurist/voorzitter) en drie plaatsvervangende leden, per 1 december 2012 drie extra plaatsvervangende leden zijn toegevoegd. Iedere regionale commissie bestaat nu dus in totaal uit negen leden, drie van iedere discipline. Bovendien heeft het overleg met VWS ertoe geleid dat ook de secretariaten in 2012 zijn uitgebreid met een aantal fte's.
De resultaten van zowel de implementatie van de nieuwe werkwijze als de uitbreiding van het aantal commissieleden en medewerkers van de secretariaten worden naar verwachting halverwege 2013 echt zichtbaar.

WTL van toepassing op BES-eilanden

Sedert 10 oktober 2012 is de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding ook van toepassing verklaard in Caribisch Nederland, dat wil zeggen op de zogenoemde BES-eilanden: Bonaire, Saba en St. Eustatius. De toetsingscommissie van Groningen, Friesland en Drenthe toetst de meldingen van euthanasie of hulp bij zelfdoding afkomstig van de BES-eilanden. In 2012 is er één melding van de BES-eilanden ontvangen; daarin heeft de commissie geoordeeld dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Meldingen SLK

Op 1 maart 2012 is de Stichting Levenseinde Kliniek (SLK) van start gegaan.[2] De commissies hebben in dit verslagjaar in totaal 32 meldingen ontvangen van de ambulante teams van de SLK. Uit deze meldingen is de commissies gebleken dat de SLK als volgt te werk gaat. Na aanmelding door of namens de patiënt bij de SLK dient er door de aanmelder eerst een schriftelijk vragenformulier te worden ingevuld. Aan de patiënt wordt toestemming gevraagd om (medische) informatie op te vragen en gegevens te verzamelen. Met de aanmelding en de opgevraagde medische gegevens wordt een medisch dossier gevormd. De SLK beoordeelt vervolgens of de aanmelding verder in behandeling genomen kan worden. Als dit het geval is wordt de aanmelding toegewezen aan een ambulant team. Het team bestaat uit een arts en een verpleegkundige, die zijn opgeleid door de SLK. Arts en verpleegkundige bezoeken patiënt meerdere keren en onderzoeken middels uitgebreide en intensieve gesprekken of zij overtuigd zijn van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek van patiënt en de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden. De SLK- arts zoekt in beginsel altijd contact met de huisarts, tenzij deze aangeeft geen enkel contact te willen, wat zelden het geval blijkt. Vervolgens raadpleegt de arts van de SLK een onafhankelijk SCEN-arts. Alvorens de arts overgaat tot toepassing van de euthanasie of de hulp bij zelfdoding legt deze de hele casus nog een keer intern (binnen de SLK) voor aan het zogenoemde "Multi disciplinair overleg" (MDO).
Omdat het hier een nieuw verschijnsel betrof hebben de regionale toetsingscommissies de concept-oordelen in deze meldingen landelijk voorgelegd aan alle commissieleden. Dit heeft in alle 32 meldingen van de SLK geresulteerd in het oordeel zorgvuldig. In Hoofdstuk II zijn enkele daarvan als casus opgenomen (casus 2 en 5).

Dementie en psychiatrische aandoeningen

Dementie was in 42 van de meldingen die door de commissies zijn ontvangen de aandoening die ten grondslag lag aan het lijden van patiënt; in 14 gevallen was dat een psychiatrische aandoening. In 2011 waren dit respectievelijk 49 en 13 meldingen. In twee gevallen van dementie kwam de commissie tot de conclusie dat de arts niet aan de zorgvuldigheidseisen had voldaan, waarvan een in verband met de consultatie (zie casus 3 en 12). Ten aanzien van de overige meldingen oordeelden de commissies dat de arts wel aan de zorgvuldigheidseisen had voldaan.

Tweede Evaluatierapport WTL

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is in 2011 en 2012 op verzoek van VWS voor de tweede keer geëvalueerd. De evaluatie bestrijkt de periode 2007- 2011. In december 2012 zijn de bevindingen van de onderzoekers gepubliceerd in de vorm van het zogenoemde Tweede Evaluatierapport. De belangrijkste conclusie is dat de WTL voldoet aan de doelen van maatschappelijke controle van euthanasie, het vergroten van transparantie en zorgvuldigheid rond levensbeëindigend handelen door artsen en bijdraagt aan hun rechtszekerheid. Volgens de onderzoekers worden de zorgvuldigheidseisen door de commissies steeds meer ingevuld, waarbij ook de ruimte die de WTL biedt voor euthanasie bij patiënten met dementie, psychiatrische aandoeningen of een stapeling van ouderdomsklachten steeds duidelijker wordt.

2: Stichting Levenseindekliniek: www.levenseindekliniek.nl

Uit het onderzoek komt een aantal aanbevelingen naar voren.
Om artsen en andere betrokkenen een goed en *actueel* beeld te kunnen bieden van de opvattingen van de commissies moeten zij -anders dan door middel van het jaarverslag- een manier vinden om hun interpretatie van de kernbegrippen uit de zorgvuldigheidseisen beter toegankelijk te maken. De belangrijkste aanbeveling in dit verband is dat de commissies hun 'jurisprudentie' op internet beter bijhouden, zodat behandelaars en het publiek er zo snel mogelijk kennis van kunnen nemen. Daarnaast zouden de commissies vaker gebruik moeten maken van de mogelijkheid hun oordelen ter publicatie aan te bieden aan wetenschappelijke en vaktijdschriften.
De commissies onderschrijven de aanbevelingen van de onderzoekers.

Website

In overleg met het Ministerie van VWS hebben de commissies besloten dat zij zich bij publicatie van oordelen op de website **www.euthanasiecommissie.nl** in de toekomst vooral gaan richten op de (integrale) publicatie van met name die (vragen oproepende) meldingen die van belang zijn voor de normontwikkeling ten aanzien van euthanasie in het algemeen en voor de kennisbevordering van artsen en andere belangstellenden in het bijzonder. Daartoe behoren in ieder geval de oordelen waarin de commissies tot de conclusie zijn gekomen dat de arts niet aan alle zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Maar daartoe behoren ook oordelen waarin de arts wel aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan, maar die bij de behandeling in eerste instantie vragen hebben opgeroepen bij de commissies. Daarbij valt onder meer te denken aan oordelen over euthanasie bij patiënten met in euthanasiemeldingen relatief minder vaak voorkomende aandoeningen zoals dementie, psychiatrische aandoeningen en stapelingen van meerdere ouderdomskwalen bij (hoog)bejaarden. Dit is -kortweg- het type oordelen waaraan de commissies sinds jaar en dag ook uitgebreid aandacht besteden in het jaarverslag.
Bij hoge uitzondering wordt een oordeel niet gepubliceerd, namelijk als door publicatie de anonimiteit van de patiënt in gevaar kan komen.

Teneinde de toegankelijkheid van de website in het algemeen en van de gepubliceerde oordelen in het bijzonder zo goed mogelijk te realiseren wordt de zoekfunctie van de website verder verbeterd, reden waarom het (tijdelijk) niet mogelijk was de relevante oordelen van 2012 te publiceren.

Nieuwe KNMG/KNMP Richtlijn uitvoering

De commissies gaan bij het beoordelen van de vraag of er sprake is van een medisch zorgvuldige uitvoering te rade bij wat in de medische en farmacologische wetenschap en praktijk de geldende standaard is. In dit verslagjaar hebben de commissies, bij het beoordelen van de zorgvuldigheid van de uitvoering, bij de meeste meldingen in beginsel het advies van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) in de Standaard Euthanatica 2007 voor de methode, de middelen en de dosering, met aanvulling 2010, als leidraad gehanteerd.
In augustus 2012 is de nieuwe KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding uitgebracht.
De commissies stellen met genoegen vast dat de meeste artsen die sindsdien euthanasie melden zich goed aan de nieuwe Richtlijn houden.
De ervaring leert dat de afhandeling van meldingen aanzienlijk wordt bespoedigd wanneer de meldend arts de vragen die gesteld worden in de meest recente versie van het verslagmodel zo volledig mogelijk en, met uitzondering van de vragen over de uitvoering, digitaal (in plaats van handgeschreven) beantwoordt. Omdat het verslagmodel van de arts, waar het de uitvoering van de euthanasie of de hulp bij zelfdoding betreft, nog niet volledig aansluit op de nieuwe KNMG/KNMP Richtlijn hebben de commissies bij KNMG, VWS en V&J een voorstel neergelegd tot aanpassing van vraag 22 van het verslagmodel, die betrekking heeft op de (wijze van) uitvoering.

Hoofdstuk II Zorgvuldigheidseisen

Zorgvuldigheidseisen algemeen

De commissies toetsen achteraf het handelen van de meldend arts aan de hand van de in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) vastgelegde zorgvuldigheidseisen.
Deze zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts:

a. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt;

b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt;

c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten;

d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was;

e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a. tot en met d.;

f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding vinden vrijwel altijd plaats door de behandelend arts van de patient, in de praktijk veelal de huisarts. Het komt voor dat een waarnemer tot levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding overgaat, omdat tijdens afwezigheid van de behandelend arts de situatie van de patiënt snel verslechtert of omdat de behandelaar, op grond van zijn levensbeschouwing of om andere redenen, de levensbeëindiging op verzoek niet zelf wil uitvoeren.
In laatstgenoemde situatie vindt levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding ook plaats door artsen, verbonden aan de Stichting Vrijwillig Leven (zie casus 11) en de Stichting Levenseindekliniek (verder te noemen SLK). Zie ook SLK, Hoofdstuk I en de casus 2 en 5.

Het is zaak dat ook in deze situaties de uitvoerend, dus meldend, arts zich tevoren gedegen informeert over de situatie van patiënt en persoonlijk vaststelt dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.
Voor de beoordeling door de commissies is de door de meldend arts verstrekte informatie van cruciaal belang. Door direct bij de melding inzicht te geven in het gehele besluitvormingsproces kunnen latere vragen van de commissies worden voorkomen. Van de arts wordt verwacht dat hij gebruikt maakt van het in 2009 herziene verslagmodel. De daarin geformuleerde vragen bieden de meldend arts een handvat om voor de commissie inzichtelijk te maken of en zo ja hoe aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Toch hebben de commissies soms behoefte aan nadere informatie; veelal kan dan worden volstaan met het geven van telefonische of schriftelijke aanvullingen. Maar er zijn situaties waarin de commissies de voorkeur geven aan een persoonlijk gesprek met de arts om zo beter inzicht te krijgen in zijn samen met de patiënt doorlopen besluitvormingsproces rond diens levenseinde en/of beter inzicht in de gang van zaken bij de uitvoering.

De commissies realiseren zich dat zo een gesprek met de commissie voor de arts -niet alleen door het tijdsbeslag- een belasting betekent.
Zij hechten er aan te beklemtonen dat een gesprek met de commissie tot doel heeft de arts in de gelegenheid te stellen om de melding, waarover (ook na door de arts schriftelijk verstrekte aanvullende informatie) bij de commissie nog onduidelijkheid is blijven bestaan, nader toe te lichten. Zonder deze toelichting is de commissie niet in staat tot het oordeel te komen dat de arts conform de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Dit gesprek geeft de arts de gelegenheid zich, zoals ook van hem mag worden verwacht, toetsbaar op te stellen. Verreweg de meeste meldingen in 2012 gaven tijdens de bespreking door de commissies geen aanleiding tot nadere discussie of vragen. In die gevallen kon de commissie eenvoudig tot het oordeel komen dat de arts “zorgvuldig” , d.w.z. overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. Sinds april 2012 worden niet vragen oproepende meldingen (NVO’s) digitaal beoordeeld. Casus 1 is als voorbeeld van een dergelijke melding opgenomen.

Casus 1

Oordeel: zorgvuldig
Samenvatting: niet vragen oproepende melding (NVO) die digitaal is afgedaan; aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Bij patiënt, een man van tussen 70 en 80 jaar, werd in 2007 een maagcarcinoom vastgesteld. In 2011 werden bot- en buikmetastasen aangetoond. Ruim een maand voor het overlijden kreeg patiënt een ileus als gevolg van verdere metastasering en verslechterde zijn toestand. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.
Het lijden van patiënt bestond uit toenemende pijn in de onderbuik, niet kunnen eten en nauwelijks drinken, ileusklachten waaronder misselijk en braken, fors gewichtsverlies en de afhankelijkheid van de zorg van anderen. Ook leed hij onder het verlies van regie en de uitzichtloosheid van zijn situatie.
Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënt ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.
Behalve de al genomen palliatieve maatregelen waren er geen voor patiënt aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.
Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten patiënt voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en zijn vooruitzichten.

Patiënt had eerder met de arts over euthanasie gesproken.
Elf dagen voor het overlijden heeft patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt drie dagen voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.
De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt. In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de Standaard euthanatica van de KNMP, 2007.

De commissie toetst achteraf het handelen van de arts aan de hand van de zorgvuldigheidseisen vastgelegd in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. De commissie overweegt of er naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.
Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt en dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft de patiënt voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten. De arts is met patiënt tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin hij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd.

De arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

In een aantal gevallen heeft een melding aanleiding gegeven tot diepgaande en langdurige discussie in de commissie.
De overige in dit hoofdstuk opgenomen casus zijn voorbeelden van casuïstiek die aanleiding heeft gegeven tot discussie en meestal tot het stellen van vragen. Anders dan in casus 1, waarin het oordeel van de commissie over alle zorgvuldigheidseisen wordt weergegeven, is bij de overige casus doorgaans slechts dat gedeelte weergegeven dat relevant is voor de specifieke zorgvuldigheidseis die daar in de tekst wordt besproken.

Zorgvuldigheidseisen specifiek

a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek

De arts heeft de overtuiging gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt.

Het is noodzakelijk dat de arts tot de overtuiging komt dat het verzoek vrijwillig en weloverwogen tot stand is gekomen.
In het contact tussen de patiënt en de arts zijn het bespreekbaar maken van het (naderende) levenseinde, het inventariseren van de wensen van patiënt en het bepalen van mogelijkheden om daar wel of niet aan tegemoet te komen belangrijke elementen. Het verzoek van de patiënt moet concreet aan de arts die de euthanasie zal uitvoeren, worden gedaan.

Drie punten zijn daarbij van belang:

1. Het verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding moet door de patiënt zelf zijn gedaan.

2. Het verzoek moet vrijwillig zijn.
Aan de vrijwilligheid zitten twee aspecten:
   - de patiënt moet in het bezit zijn van het geestelijk vermogen om zijn wil vrij te bepalen (interne vrijwilligheid); hij moet wilsbekwaam zijn, dat wil zeggen dat hij (de relevante informatie over) zijn situatie en prognose kan begrijpen, de eventuele alternatieven kan afwegen en de gevolgen van zijn beslissing kan overzien;
   - hij moet zijn wil hebben geuit zonder druk of onaanvaardbare invloed van anderen (externe vrijwilligheid).

3. Het verzoek moet weloverwogen zijn. Dat betekent dat de patiënt een zorgvuldige afweging heeft gemaakt op basis van voldoende informatie en een helder ziekte-inzicht.

Voorbeelden van situaties waarin op deze punten nadere vragen bij de commissies kunnen rijzen, zijn de hieronder beschreven casus 4 en de casus 15 betreffende wilsonbekwaamheid/verlaagd bewustzijn, casus 3 en casus 4 betreffende dementie, en casus 8 en casus 9 betreffende psychiatrische aandoeningen.

Casus 2

Oordeel: zorgvuldig
Samenvatting: de arts, verbonden aan de SLK, kon tot de overtuiging komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, nu patiënte door voorlichting over alternatieven haar afweging heeft kunnen maken; de arts kon tot de overtuiging komen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Bij patiënte, een vrouw tussen 60 en 70 jaar, werd anderhalf jaar voor het overlijden een hersenstambloeding met als gevolg een halfzijdige verlamming, vastgesteld. Patiënte had sinds ongeveer vijf jaar perifeer arterieel vaatlijden en had meerdere TIA's gehad. Genezing was niet meer mogelijk. Door de TIA's en de hersenstambloeding was patiënte toenemend afhankelijk geworden. Zij kreeg ernstige visusklachten en spraakproblemen. Patiënte wilde niet naar een verpleeghuis of revalidatiecentrum, zij wilde niet afhankelijk zijn. Enkele weken voor het overlijden was sprake van een snelle achteruitgang waarbij ook aan de andere lichaamshelft problemen ontstonden. Patiënte werd nagenoeg geheel bedlegerig en afhankelijk van de zorg van anderen. Zij was incontinent voor ontlasting en urine.
Het lijden van patiënte bestond uit toenemende invaliditeit bij een halfzijdige verlamming, toenemende invaliditeit aan de andere lichaamszijde, slechtziendheid en incontinentie voor urine en ontlasting. Patiënte was bedlegerig en afhankelijk van de zorg van anderen. Ook leed zij onder de snelle achteruitgang zonder perspectief op herstel.
Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Behalve de al genomen palliatieve maatregelen waren er geen voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.
Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts, de huisarts en de specialisten patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

Patiënte sprak een paar maanden voor het overlijden met haar eigen huisarts over euthanasie. De huisarts stond achter de wens van patiënte maar wilde de euthanasie niet uitvoeren omdat hij weinig ervaring met euthanasie had en zich in deze situatie minder zeker voelde.
Een maand voor het overlijden heeft patiënte contact gehad met een verpleegkundige van de Stichting Levenseinde Kliniek (SLK) waarna triage heeft plaatsgevonden.
Zeventien dagen voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Sindsdien hebben arts en patiënte meerdere gesprekken gehad over euthanasie.
Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De consulent, een door de arts via het SCEN-telefoonnummer in de regio geraadpleegde SCEN-arts, bezocht patiënte twee dagen voor de levensbeëindiging, nadat zij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.
De consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte.
Volgens het verslag van de consulent trof zij patiënte in bed aan. Zij lag in bed omdat ze niet lang kon zitten zonder haar balans te verliezen. Zij had weinig controle over haar coördinatie. Het spreken was wat beperkt maar dit stond een open communicatie niet in de weg. Op de consulent kwam patiënte helder en adequaat over. De ondraaglijkheid van het lijden werd voor patiënte vooral bepaald door de handicaps. De huidige situatie, de hele dag in bed, nooit meer naar buiten kunnen en niet meer goed kunnen zitten, beleefde ze als een lijdensweg en de teloorgang van met een luier in bed te moeten liggen kon zij niet verdragen.
In haar verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Het was de **commissie** bij de behandeling van de melding opgevallen dat de arts verbonden was aan de SLK en dat de arts de behandeling van patiënte heeft overgenomen van de huisarts, omdat de huisarts zelf de levensbeëindiging niet wilde uitvoeren. Omdat de commissies nog geen ervaring hadden met het beoordelen van meldingen van de SLK, wilde de commissie met de arts een gesprek voeren over de totstandkoming en de inhoud van de behandelrelatie met patiënte. De arts gaf de volgende mondelinge toelichting: De arts begrijpt dat zij is uitgenodigd voor een gesprek, mede omdat dit een van de eerste meldingen is van de SLK.
Patiënte was al lang onder behandeling van haar eigen huisarts en had met hem al langer over euthanasie gesproken. De eigen huisarts vond het verzoek van patiënte invoelbaar en duurzaam, maar durfde en kon de stap zelf niet nemen om de euthanasie uit te voeren.
De arts begreep dat de eigen huisarts moeite had om de euthanasie bij patiënte uit te voeren omdat patiënte niet terminaal ziek was. De arts wist niet waarom er geen collega huisarts uit de buurt door de huisarts van patiënte benaderd was.
De arts heeft bij elke stap die zij in het proces nam, overleg gehad met de huisarts van patiënte en hem daarbij betrokken. De huisarts is ook bij de uitvoering van de euthanasie aanwezig geweest. Na de euthanasie heeft de arts nog uitgebreid met de huisarts de euthanasie besproken.
Nadat patiënte was toegewezen aan de arts en verpleegkundige, werd met patiënte een afspraak gemaakt. Het eerste bezoek aan patiënte vond plaats zeventien dagen voor het overlijden. De arts maakte van dit bezoek een verslag. Het tweede bezoek aan patiënte vond dertien dagen later plaats. Bij het derde bezoek van de arts aan patiënte vond de euthanasie plaats. Gedurende die periode heeft de arts ook diverse malen telefonisch contact gehad met patiënte.

De arts vond dat zij een goede vertrouwensrelatie met patiënte heeft kunnen opbouwen. Door haar werk als medisch specialist in een ziekenhuis is zij gewend om in een gesprek met een patiënt snel de diepte in te gaan. Dit was ook mogelijk door de wijze waarop patiënte de arts benaderde; in de (telefonische) gesprekken werd ook steeds voortgeborduurd op contacten met de eigen huisarts. De arts heeft de eigen huisarts er steeds bij betrokken, hem vóór het eerste gesprek met patiënte gesproken en alle volgende contacten met patiënte met de huisarts besproken. Ook met een begeleidster van de thuiszorg was er contact. Zo werd er een kringetje opgebouwd om patiënt. De arts heeft samen met de huisarts patiënte voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten. Ook heeft de arts patiënte alleen gesproken om zich een oordeel te vormen over de vrijwilligheid van het verzoek. Patiënte was heel helder en duidelijk, niemand kon patiënte weerhouden van haar verzoek. De arts had geen moeite om een relatie met patiënte aan te gaan met als doel het uitvoeren van euthanasie. Zij is dokter geworden om mensen te helpen en daaronder kan ook - na uitvoerig onderzoek en afwegen- het toepassen van euthanasie behoren. Zij voert geen euthanasie uit als zij niet honderd procent is overtuigd. Zij is verantwoordelijk en vindt het belangrijk om het goed te doen.
De arts heeft de euthanatica per fax bij de apotheek besteld, na telefonisch overleg met de apotheker. De huisarts heeft de medicatie daar afgehaald. De arts kreeg de euthanatica van de huisarts overhandigd. De arts ervoer het niet als een veiligheidsrisico dat zij niet zelf de medicatie van de apotheek had opgehaald, zij vertrouwde de huisarts volledig. Zij heeft vooraf telefonisch contact met de apotheek en de huisarts gehad, het was het meest praktisch dat de huisarts de euthanatica in ontvangst zou nemen. De arts bevestigde dat de gevolgde procedure niet conform de regels was.

Het was de commissie opgevallen dat de consulent in haar verslag had aangetekend dat zij een zekere reserve bij zichzelf bemerkte bij de consultatie voor een arts verbonden aan de SLK. De commissie verzocht de consulent nader uit te leggen wat haar bedenkingen waren. Op de vraag van de commissie of de consulent zich in deze casus voldoende vrij heeft gevoeld om een onafhankelijk oordeel te geven gaf de consulent schriftelijk de volgende nadere toelichting. In haar verslag beschreef de consulent dat deze situatie voor haar nieuw was, omdat zij niet eerder een verzoek om een SCEN consult gekregen had vanuit de SLK. Dat op zichzelf was aanleiding voor een verhoogd gevoel van alertheid tijdens voorbereiding, bezoek en beschrijving van de situatie. Immers de SLK is ontstaan vanuit een maatschappelijke behoefte om meer zeggenschap, een grotere autonomie over het sterven voor mensen, die zich bij de eigen huisarts niet voldoende gehoord voelden of wier verzoek om euthanasie door de huisarts werd afgewezen. Dat is wat de consulent in haar verslag bedoelde met “reserve”.
Conform de richtlijn van de KNMG over SCEN-consultatie toetst de SCEN-arts de juridische criteria van de euthanasiewet, niet meer en niet minder. Volgens de consulent zijn deze criteria in de afgelopen tien jaar niet hard gebleken, maar is de interpretatie ervan verruimd en versoepeld. Niet alleen wordt lijden veel ruimer en breder gedefinieerd, ook het perspectief van aard en ernst van de onderliggende aandoening is verruimd naar een optelsom van medisch classificeerbare aandoeningen, c.q. beperkingen. Alleen de duurzaamheid en consistentie van het verzoek zijn hetzelfde gebleven; deze veronderstellen volgens haar een langdurige, in ieder geval intensieve vertrouwensrelatie tussen uitvoerend arts en patiënt. Het is mogelijk dat veranderingen in interpretatie van criteria voortkomen uit voortschrijdend inzicht, zoals alles altijd verandert en niets hetzelfde blijft, aldus de SCEN-arts. De consulent kan er als SCEN-arts mee leven.
Gelet op genoemde ontwikkelingen kan een SCEN-arts dus een verzoek goedkeuren dat hij of zij zelf, indien hij of zij dat verzoek zou krijgen als behandelend arts, niet zou willen of kunnen inwilligen. Zij beschreef dit als ‘afstand moeten nemen van eigen kader en normen’. Overigens hebben deze overwegingen, die de consulent voor zij deze SCEN-beoordeling deed al had, haar niet in haar vrijheid belemmerd. Als er al iets van invloed zou zijn geweest

dan zou dat geweest moeten zijn dat zij meer dan anders de criteria heeft gewogen en getoetst, waarna zij tot een positief oordeel is gekomen.

De commissie overweegt het volgende. Het is de commissie opgevallen dat de arts verbonden was aan de SLK en dat de arts de behandeling van patiënte heeft overgenomen van de eigen huisarts van patiënte, omdat de huisarts zelf de levensbeëindiging niet wilde uitvoeren. De commissie is van oordeel dat indien een behandelend arts niet aan een euthanasieverzoek kan of wil voldoen, het een patiënt vrij staat om een andere arts te zoeken.
De arts die op deze wijze bij de euthanasieprocedure betrokken wordt en de behandeling overneemt, zal de tijd moeten nemen om een patiënt goed genoeg te leren kennen om te kunnen beoordelen of aan de zorgvuldigheidseisen kan worden voldaan. Dit is alleen in kaart te brengen na diepgaand en herhaald overleg met een patiënt. Een absoluut getal voor frequentie of het tijdsverloop van dit overleg kan niet worden gegeven. Voorts vereist een dergelijke situatie een goede communicatie met de behandelend arts en overdracht van patiëntgegevens.
In deze casus heeft de arts patiënte voor de uitvoering van de euthanasie tweemaal bezocht en zij heeft diverse uitgebreide telefoongesprekken met patiënte over haar euthanasieverzoek gevoerd. De arts heeft ook meerdere contacten gehad met de eigen huisarts van patiënte waarbij patiëntgegevens waren overgedragen en zij heeft contact gehad met familie en verzorgers van patiënte. De eigen huisarts van patiënte is bij de behandeling betrokken gebleven. De arts heeft de consulent via het SCEN telefoonnummer in de regio (de gebruikelijke procedure) benaderd en heeft een gesprek met de consulent gehad.

De commissie komt tot de conclusie, na kennis te hebben genomen van het dossier en na de arts te hebben gehoord, dat de arts door de beschreven werkwijze tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënte en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft de patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten en kon met patiënte tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. Ook aan de overige zorgvuldigheidseisen is voldaan.

De commissie overweegt met betrekking tot de uitvoering het volgende:
Het is de commissie opgevallen dat de huisarts van patiënte de euthanatica van de apotheek heeft afgehaald en deze aan de arts heeft overhandigd.
In de thans geldende richtlijn, de Standaard euthanatica 2007 van de KNMP/WINAp, is onder de “zorgvuldigheidscriteria apothekers” opgenomen dat de aflevering van een euthanaticum uitsluitend door de apotheker rechtstreeks aan de arts plaats dient te vinden.
Zowel uit de stukken als uit de mondelinge toelichting van de arts blijkt dat in dit geval de arts de euthanatica per fax bij de apotheek heeft besteld en dat na overleg de huisarts van patiënte de euthanatica bij de apotheek heeft opgehaald. De commissie is van mening dat de arts conform de richtlijn de euthanatica zelf bij de apotheker had moeten afhalen. Nu er een zo nauwe samenwerking was tussen de arts, de huisarts van patiënte en de apotheker en de arts zelf met de apotheker heeft gebeld, is de commissie van mening dat dit niet een zodanig gebrek in de uitvoering is dat dit zou moeten leiden tot het oordeel dat de arts niet heeft voldaan aan de wettelijke zorgvuldigheidseis van een medisch zorgvuldige uitvoering.

De arts heeft de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Psychiatrische ziekte of stoornis

In geval van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding vanwege uitzichtloos en ondraaglijk lijden, waaraan een psychiatrische ziekte of stoornis ten grondslag ligt, zal de arts zich gesteld zien voor de vraag of er sprake is van een *vrijwillig en weloverwogen* verzoek. Een psychiatrische ziekte of stoornis kan het oordeelsvermogen van de patiënt beïnvloeden. De arts moet er dan onder meer op letten of de patiënt er blijk van geeft relevante informatie te kunnen bevatten, ziekte-inzicht te hebben en consistent te zijn in

zijn overwegingen. In een dergelijk geval is het aan te raden om naast de onafhankelijke consulent een of meer deskundigen, onder wie een psychiater, te raadplegen (zie de overwegingen van de commissie in casus 9).
Ook hun oordeel moet aan de commissie kenbaar worden gemaakt.
In 2012 zijn 14 meldingen binnengekomen van euthanasie of hulp bij zelfdoding bij een patiënt met psychiatrische problematiek. Al die meldingen zijn als zorgvuldig beoordeeld. Omdat ook de *uitzichtloosheid* van het lijden bij psychiatrische ziekte of stoornis extra aandacht vraagt, worden twee daarvan, casus 8 en casus 9, hierna besproken onder **b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden.**

Klachten van depressieve aard

Een patiënt kan, naast het lijden dat hij ondervindt ten gevolge van een of meer somatische aandoeningen, ook klachten hebben van depressieve aard. Vaak dragen deze klachten bij aan de lijdensdruk. Omdat niet is uitgesloten dat door een depressie de *wilsbekwaamheid* wordt beïnvloed, wordt in geval van twijfel over de vraag of er sprake is van een depressie in de praktijk doorgaans het advies van een psychiater ingewonnen, naast dat van de als consulent benaderde onafhankelijke arts. Wanneer andere artsen als deskundigen zijn geraadpleegd, moet dit aan de commissie kenbaar worden gemaakt. Overigens zij opgemerkt dat een gedrukte stemming, onder de omstandigheden waarin het euthanasieverzoek wordt gedaan, normaal is en dus op zichzelf geen teken van depressie is.

Schriftelijke wilsverklaring geen vereiste

Een uitgangspunt van de WTL is dat de arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt.
Het verzoek om levensbeëindiging vindt vrijwel altijd plaats in een gesprek tussen arts en patiënt en wordt dan dus mondeling gedaan. In tegenstelling tot wat vaak wordt verondersteld, eist de WTL geen schriftelijke wilsverklaring.
Ook wanneer de patiënt goed in staat is zijn wil te uiten dan kán een schriftelijke wilsverklaring bijdragen aan meer duidelijkheid en het mondelinge verzoek ondersteunen. In de praktijk kan de aanwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring het beoordelingsproces achteraf gemakkelijker maken, maar de commissies benadrukken dat het niet de bedoeling is om, soms nog kort voor het overlijden onder moeilijke omstandigheden, een dergelijke verklaring te laten opstellen en daardoor onnodig druk op de betrokkenen te leggen.

De betekenis van de schriftelijke wilsverklaring bij wilsonbekwaamheid

In de WTL is uitdrukkelijk de mogelijkheid opgenomen voor een arts om gevolg te geven aan het euthanasieverzoek van een patiënt die niet meer in staat is zijn wil te uiten, indien deze dit verzoek in een schriftelijke wilsverklaring heeft neergelegd op het moment dat hij nog wilsbekwaam was (art. 2, lid 2 WTL). De zorgvuldigheidseisen zijn van overeenkomstige toepassing.
Een schriftelijke wilsverklaring kan dus een mondeling verzoek vervangen van een patiënt die op het moment dat levensbeëindiging concreet aan de orde is inmiddels wilsonbekwaam is geworden.

Artikel 2, lid 2 WTL kan in de volgende, onderling verschillende, situaties aan de orde zijn:

- de patiënt verkeert in een toestand van verlaagd bewustzijn, waarin hij nog (ondraaglijk) lijden kan ervaren, dan wel verkeert in een (zogenaamd reversibel) coma (zie casus 15);
- de patiënt is niet in staat zijn wil te uiten / is wilsonbekwaam ten gevolge van bijvoorbeeld (verder gevorderde) dementie, Huntington, afasie e.d..

Wanneer een arts in die laatstgenoemde situatie overweegt gevolg te geven aan het bij schriftelijke wilsverklaring gedaan verzoek van een patiënt,dan zal die patiënt - anders dan in geval van verlaagd bewustzijn, respectievelijk coma - meestal nog wel enigszins in staat zijn om, hoe gebrekkig ook, verbaal of non-verbaal te communiceren.
Zowel voor de arts als voor de consulent -indien deze niet in een eerder stadium van de ziekte met de patiënt heeft gesproken- komt het dan aan op het interpreteren van het gedrag en de uitingen van de patiënt. De arts zal, evenals de consulent, immers aan de hand van wat de patiënt in zijn wilsverklaring heeft opgeschreven én de actuele situatie waarin deze zich bevindt -en gelet op het gehele proces dat de arts gezamenlijk met de patiënt heeft doorgemaakt- moeten afwegen of er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en van het ontbreken van een voor de patiënt redelijk alternatief.
De consulent zal in een dergelijke situatie niet meer zelf - zoals anders wel gebruikelijk - met de patiënt kunnen spreken en zal zich ten aanzien van de weloverwogenheid en vrijwilligheid van het verzoek moeten baseren op hetgeen hij van de arts verneemt, het dossier van de arts, de schriftelijke wilsverklaring van de patiënt, het gedrag en de uitingen van de patiënt en de informatie die hem door anderen, zoals de naasten van de patiënt[3], wordt verstrekt. De arts zal in een dergelijk geval de overtuiging moeten hebben dat de

3: Ook de naasten van de patiënt spelen een niet onbelangrijke rol. In zijn brief betreffende de Juridische status van wilsverklaringen in de gezondheidszorg d.d. 05-11-1999, (TK 1999-2000, 26885, nr. 1) gaat minister Korthals, ten tijde van de behandeling van de euthanasiewetgeving, ook in op de rol van de naaste familie bij het interpreteren van de in (diverse) schriftelijke verklaring door de patiënt neergelegde wensen.

patiënt de uitvoering van de euthanasie nog steeds wenst; mocht op het moment van de voorgenomen uitvoering uit het "gedrag" van de patiënt blijken dat bij deze de euthanasiewens ontbreekt, dan zal de arts de euthanasie niet kunnen uitvoeren.
Hoewel het moeilijk is om in algemene zin uitspraken te doen over de vraag wanneer in deze omstandigheden tot euthanasie kan worden overgegaan, dient die mogelijkheid -gelet op de wet- niet te worden uitgesloten. Het zal altijd van de specifieke omstandigheden van ieder individueel geval afhangen.

Bij het inwilligen van een op basis van een schriftelijke wilsverklaring gedaan euthanasieverzoek komt het dus aan op het interpreteren van de actuele situatie aan de hand van de bedoeling van de patiënt, zoals deze die in zijn schriftelijke wilsverklaring heeft verwoord en met de arts heeft besproken. Om interpretatieproblemen later te voorkomen is het van belang de schriftelijke wilsverklaring tijdig op te stellen, op gezette tijden te actualiseren en daarin zoveel mogelijk de concrete omstandigheden te beschrijven, waarin men wenst dat de levensbeëindiging wordt uitgevoerd. Het is de verantwoordelijkheid van de patiënt de wilsverklaring ten tijde van het opstellen, maar ook daarna bij het actualiseren daarvan, met de arts te bespreken[4]. Een handgeschreven verklaring van de patiënt, waarin deze een beschrijving in eigen woorden geeft, levert doorgaans een persoonlijke, aanvullende onderbouwing op en heeft daarom meer betekenis dan een voorgedrukt formulier, zeker als de tekst daarvan in conditionele bewoordingen is gesteld.
De arts kan zelf met betrekking tot de wens tot levensbeëindiging van de patiënt in belangrijke mate bijdragen aan duidelijkheid door deze wens en het daarbij behorende besluitvormingsproces van hem en zijn patiënt in zijn journaal te documenteren. De arts is verantwoordelijk voor de dossiervorming (zie casus 3).
Hoe concreter en duidelijker een schriftelijke wilsverklaring en hoe beter de dossiervorming, des te meer aanknopingspunten deze bieden voor allen die bij de besluitvorming zijn betrokken, zoals de arts zelf, de consulent en eventuele waarnemers.

Op de betekenis van de schriftelijke wilsverklaring ingeval van euthanasie bij verlaagd bewustzijn, respectievelijk coma wordt in de paragraaf *Verlaagd bewustzijn* onder **b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden nader ingegaan.**
Zie voor gevallen waarin een schriftelijke wilsverklaring een belangrijke rol speelt bij het inwilligen van het euthanasieverzoek in geval van verlaagd bewustzijn casus 15, bij dementie casus 4.

Dementie

Van alle in 2012 behandelde meldingen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding bij patiënten bij wie een dementieel syndroom een rol speelde, 42 in totaal, zijn er twee door de commissies als onzorgvuldig beoordeeld waarvan een in verband met de consultatie (zie casus 3 en 12). Bij de als zorgvuldig beoordeelde meldingen ging het in verreweg de meeste gevallen om patiënten die zich in de beginfase van een proces van dementering bevonden, dat wil zeggen de fase waarin zij nog inzicht hadden in hun ziekte en in de symptomen als verlies van oriëntatie en persoonlijkheid. Zij werden wilsbekwaam geacht ten aanzien van hun verzoek omdat zij de gevolgen van hun verzoek (nog) goed konden overzien. Casus 10 en casus 12 zijn daar illustraties van.

De commissies hanteren als uitgangspunt dat bij patiënten die zich in een dergelijk proces van dementeren bevinden in het algemeen met extra behoedzaamheid moet worden gereageerd op een verzoek om levensbeëindiging. Een arts zal het gehele ziekteproces en de overige specifieke omstandigheden bij zijn overwegingen moeten betrekken.

Naarmate het ziekteproces voortschrijdt is het onwaarschijnlijker dat een patiënt nog in voldoende mate wilsbekwaam is. Dan zijn vroegere wilsuitingen essentieel, met name een duidelijke schriftelijke wilsverklaring die is opgesteld toen de patiënt nog wilsbekwaam was en die onmiskenbaar op de ontstane situatie van toepassing is.
Bij patiënten met dementie is het raadzaam dat naast de arts die als onafhankelijke consulent wordt ingeschakeld nog één of meer deskundigen worden geraadpleegd, waaronder bij voorkeur een geriater of psychiater.

Naast de *vrijwilligheid en weloverwogenheid* van het verzoek, zijn de *uitzichtloosheid en ondraaglijkheid* van het lijden belangrijke aspecten bij de besluitvorming door de arts. Op het moment dat de arts tot inwilligen van het euthanasieverzoek wil overgaan zal hij immers de overtuiging moeten hebben dat het uitzichtloos en ondraaglijk lijden, zoals door de patiënt in zijn schriftelijke wilsverklaring is aangegeven, ook op de actuele situatie, waarin de patiënt zich bevindt, van toepassing kan worden geacht.
In de hieronder opgenomen twee casus wordt dit geïllustreerd.

4: Govert den Hartogh in MC ; wilsverklaring vergt onderhoud MC nr. 39 – 25 september 2012.

Casus 3

Oordeel: onzorgvuldig
Samenvatting: patiënte met de ziekte van Huntington met dementie. De arts heeft niet voldoende aannemelijk gemaakt, dat zij tot de overtuiging kon komen dat het lijden voor patiënte ondraaglijk was en dat er geen redelijke andere oplossing was. Schriftelijke wilsverklaring was niet geactualiseerd, het verzoek was later niet opnieuw met de arts besproken, dossiervorming was gebrekkig; beroep op art. 2, lid 2 WTL daarom niet mogelijk.

Bij patiënte, een vrouw van tussen de 50 en 60 jaar, werd ruim tien jaar voor overlijden de ziekte van Huntington vastgesteld. Daarvoor is geen genezing mogelijk. Patiënte werd zo goed mogelijk ingesteld op medicatie en ging naar de dagopvang van een verpleeghuis. In de loop der jaren leidde de ziekte bij patiënte tot toenemende invaliditeit en afhankelijkheid. Zij kreeg geruime tijd voor overlijden last van slikstoornissen en de laatste vier weken voor overlijden ook van een zogenaamde kaakklem. Mede als gevolg hiervan at en dronk patiënte steeds slechter en ging zij steeds meer achteruit. Een poging de kaakklem te beïnvloeden door verlaging van medicatie, met name Dogmatil, veroorzaakte grotere onrust en meer choreatiforme bewegingen. Uiteindelijk bevond patiënte zich in het eindstadium van de ziekte en werd het punt bereikt dat verzorging thuis niet langer meer mogelijk was.

Het lijden van patiënte bestond uit continue angst definitief in een verpleeghuis te worden opgenomen en verlaten te worden door haar echtgenoot. Daarbij speelde een rol dat zij had meegemaakt hoe de ziekte zich bij diverse familieleden had ontwikkeld en dat zij gedurende het eindstadium van hun ziekte in een verzorging - of verpleeghuis verbleven. Verder kon patiënte nergens meer van genieten. Volgens familieleden van patiënte was aan haar blik te zien dat zij eveneens leed onder het feit dat zij zich niet meer kon uiten. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk.

Verzoek
Ruim zes jaar voor het overlijden heeft patiënte voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken en een schriftelijke wilsverklaring ondertekend. Sindsdien heeft patiënte enkele malen met familieleden over haar wens gesproken. Daarbij heeft patiënte telkens te kennen gegeven geen opname in een verpleeghuis te willen wanneer deze definitief van aard zou zijn. Tevens heeft zij haar echtgenoot gemachtigd haar wens voor haar kenbaar te maken op het moment dat zijzelf daartoe niet meer in staat zou zijn.
Twee weken voor het overlijden heeft de echtgenoot van patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht omdat een definitieve opname in een verpleeghuis noodzakelijk was geworden en patiënte altijd mondeling kenbaar had gemaakt dat zij op dat moment euthanasie zou willen. Hij heeft het verzoek enkele dagen later herhaald.
Circa anderhalve week voor haar overlijden had patiënte ten overstaan van de haar behandelend specialist slechts een enkel woord geuit, te weten “euthanasie”. Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënte ten tijde van het opstellen van haar euthanasieverklaring (in 2005) en volmacht (in 2009) en tijdens gesprekken met de arts in een eerdere fase van haar ziekte zich bewust van de strekking van het verzoek en haar lichamelijke situatie.

Als consulent raadpleegde de arts een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiente tweemaal, te weten ruim anderhalve week en circa een week voor de levensbeëindiging. Volgens de consulent bleek dat patiënte in het verleden ten overstaan van haar behandelend specialist twee situaties als onacceptabel had aangegeven, namelijk een permanent verblijf in een verpleeghuis en voeding per sonde. Tijdens een recent contact met deze specialist had patiënte slechts een enkel woord geuit, te weten “euthanasie”. De specialist had gesteld deze wens zeer invoelbaar te vinden gezien het stadium van afhankelijkheid dat patiente bereikt had.

Patiënte voelde zich tijdens het eerste gesprek onrustig zodra haar man zich even van haar verwijderde. Op een moment ging zij rechtop zitten en zei: “praten”, maar kon daar geen verdere invulling aan geven. Ook in het tweede gesprek keek zij weliswaar naar de consulent alsof zij zich in het gesprek wilde mengen, maar zij bracht geen woord uit. Patiënte was gedurende de gesprekken met de consulent niet in staat haar lijden of haar euthanasiewens te verwoorden. Volgens de consulent was patiënte in het verleden volledig geïnformeerd over haar ziekte, de behandeling en de prognose en had patiënte diverse malen vrijwillig en weloverwogen ten overstaan van de arts en de behandelend specialist kenbaar gemaakt onder welke omstandigheden zij euthanasie wenste. Zij had echter nooit daadwerkelijk om euthanasie verzocht. Patiënte was inmiddels wilsonbekwaam geworden. Het was zeer speculatief of de ernstige problemen met voedselinname gezien zouden kunnen worden als een primitieve wilsuiting.
Patiënte was echter wilsbekwaam geweest op het moment dat zij haar schriftelijke wilsverklaring had ondertekend. Zij was eveneens wilsbekwaam ten tijde van het ondertekenen van een behandelverbod en een notariële akte waarbij haar man werd aangewezen als haar gevolmachtigde. De schriftelijke euthanasieverklaring, ondertekend op het moment dat patiënte wilsbekwaam was, kon naar het oordeel van de consulent in de plaats komen van het mondelinge verzoek waartoe patiënte niet meer in staat was.
Volgens de consulent was de situatie van patiënte ontluisterend en was zij voortdurend bang voor opname in een verpleeghuis en verlating door haar echtgenoot. Nu een verpleeghuisopname in de nabije toekomst onafwendbaar was en patiënte ‘s ochtends en gedurende de autorit naar de dagverpleging veel onrust vertoonde, was de consulent ervan overtuigd dat een definitieve plaatsing in het verpleeghuis voor patiënte ondraaglijk zou zijn.
In haar verslag kwam de consulent tot de onvoorwaardelijke conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Bij de commissie ontstonden bij de beoordeling van de melding vragen omtrent de *weloverwogenheid* van het *verzoek* van patiënte, de *ondraaglijkheid* van het door haar ervaren *lijden* en het eventueel bestaan van redelijke alternatieven om het lijden van patiënte te verlichten. Zij wilde zich daarover nader laten informeren in een gesprek met arts en consulent.

De arts kende het gezin al sinds 1999 en had sindsdien regelmatig contact met het gezin en met patiënte. De arts verklaarde desgevraagd dat zij in 2005 voor het eerst met patiënte over de mogelijkheid van euthanasie had gesproken. Uit dat gesprek begreep de arts dat patiënte bij naaste familieleden had gezien hoe de ziekte van Huntington voor verdere invaliditeit zorgde. Patiënte had daarna een schriftelijke wilsverklaring ondertekend en deze met de arts besproken. Later werd in gesprekken met arts, behandelend specialist en familie duidelijk dat patiënte euthanasie wenste op het moment dat zij naar een verpleeghuis moest. Dit werd echter nooit door patiënte zelf schriftelijk vastgelegd. Na 2005 is het onderwerp euthanasie niet regelmatig aan de orde geweest. In 2009 is patiënte een periode opgenomen in het ziekenhuis en aansluitend enkele maanden in een verpleeghuis voor observatie en het instellen op medicatie. In die periode heeft de arts het onderwerp euthanasie nog een keer ter sprake gebracht. Patiënte verklaarde op dat moment “geen prik” te willen. Zij werd onrustig als de arts over euthanasie begon. De arts had het onderwerp afgesloten met de constatering dat patiënte het nu kennelijk nog niet wilde en dat zij er later samen op terug zouden komen. De arts vroeg zich af in welke mate de betekenis van het onderwerp bij patiënte toen binnenkwam. Toen in de loop van 2011 het onderwerp euthanasie in aanwezigheid van patiënte werd besproken door de arts en haar partner, reageerde patiënte niet. Er ontstond bij patiënte ook geen onrust. Die ontstond alleen wanneer haar partner zich uit haar nabijheid verwijderde. De arts beschouwde dit als een indirecte vorm van toestemming en de schriftelijke wilsverklaring van patiënte als een rechtsgeldige plaatsvervangende toestemming. De arts verklaarde desgevraagd dat het in 2009 makkelijker was om met patiënte te communiceren dan in de jaren daarna. Patiënte kon in 2009 nog vragen met “ja” of “nee” beantwoorden. In 2009 is niet overwogen om de schriftelijke wilsverklaring van 2005 te actualiseren.

Lijden
Wat betreft het *lijden* van patiënte gaf de arts de volgende toelichting. In de zomer van 2011 ontstonden veel gedragsproblemen bij het vervoer van patiënte naar de dagopvang en het afscheid nemen van haar echtgenoot. Zij klampte zich dan aan hem vast en schreeuwde. In verband daarmee is gesproken over een mogelijkheid haar medicatie aan te passen. Gedurende de dagopvang zelf deden deze problemen zich niet voor, problemen waren er alleen bij het halen en brengen. De arts verklaarde desgevraagd dat de ziekte van Huntington op zichzelf al uitzichtloos is en zeker in het terminale stadium waarin patiënte zich bevond. Het lijden van patiënte bestond volgens de arts vooral uit de hevige angst die bij haar zichtbaar werd op de momenten dat zij haar man moest verlaten. Patiënte ontwikkelde de laatste weken bovendien een kaakklem. Eten, drinken en medicijnen innemen gingen daardoor heel moeizaam. Verzorgers bij de dagopvang interpreteerden dit als een teken dat patiënte niet meer wilde eten. Niemand wist dat zeker; mogelijk was de kaakklem ook een gevolg van de ziekte van Huntington.
Met de echtgenoot van patiënte is over het alternatief van thuiszorg gesproken. Dit alternatief was voor de echtgenoot echter geen optie. Hij wilde alles zelf doen, ook al werd deze zorg eigenlijk te zwaar voor hem. Verpleeghuisopname leek daarom binnen afzienbare termijn de enige overgebleven optie.
De arts verklaarde verder dat zij de avond voorafgaand aan de dag waarop de euthanasie werd uitgevoerd aan patiënte had uitgelegd wat er zou gaan gebeuren. Uit het rustige gedrag dat patiënte vertoonde had zij afgeleid dat patiënte begreep wat haar werd verteld. Patiënte was niet meer in staat om op enigerlei wijze, bijvoorbeeld met oog- of knijpcontact, op een vraag bevestigend of ontkennend te reageren. De arts merkte desgevraagd op dat zij uit de blik van patiënte niets kon afleiden, zodat niet te toetsen viel of patiënte kon bevatten wat je haar vertelde. Ook bij de uitvoering bleef patiënte rustig. Patiënte was zich niet bewust geweest van de uitvoering van de euthanasie.

De consulent verklaarde dat zij tweemaal bij patiënte op bezoek is geweest. Patiënte gaf tijdens het eerste gesprek geen antwoord. Telkens volgde zij haar man met haar blik. Als hij wat verder weg was reageerde zij onrustig en riep ze hem. De consulent verklaarde dat de kinderen van patiënte in het tweede gesprek een aantal situaties hadden beschreven waaruit bleek dat patiënte erg ongelukkig was. Aanvankelijk had patiënte er nog van genoten om haar kleinzoon in haar armen te kunnen houden, later gaf zij aan dat ze dat niet meer wilde en leek zij het belastend te vinden. Verder werden nachtelijke schreeuwpartijen aangehaald evenals de angst en onrust van patiënte tijdens de ritten naar de dagopvang van het verpleeghuis. Een tijdelijke opname van enkele maanden in een verpleeghuis in 2009 was een ramp geweest, vooral tijdens de momenten waarbij afscheid genomen moest worden van familieleden die op bezoek kwamen. Het halen en brengen naar de dagopvang was een probleem, maar de dagopvang zelf verliep goed.
De consulent verklaarde dat de echtgenoot de gedachte aan euthanasie lang van zich heeft weggehouden. Hij durfde niet aan te geven dat hij de verzorging van patiënte eigenlijk niet meer aankon en was bezorgd over de kwaliteit van zorg die door het verpleeghuis geboden zou worden. Patiënte had in de thuissituatie niet vaak over euthanasie gesproken. Zij, haar echtgenoot en ook de kinderen waren geen praters.
In 2009 kon patiënte nog duidelijk haar wil kenbaar maken. Zo had zij ten overstaan van de arts gezegd: “Ik wil geen prik”. Ook was zij in 2009 naar de notaris geweest om een verklaring van volmacht te laten opstellen.
De echtgenoot van patiënte had de uitvoering van euthanasie aan de orde gesteld. Patiënte had in 2005 echter zelf een euthanasieverklaring ondertekend en later mondeling toegelicht onder welke omstandigheden zij euthanasie wenste. Zij wilde geen sondevoeding en evenmin een permanente verpleeghuisopname.
Kort voor haar overlijden had patiënte ten overstaan van haar behandelend specialist één woord gezegd, namelijk “euthanasie”, wat toen werd geduid als een verzoek.

Volgens de consulent zou patiënte ondraaglijk lijden op het moment dat zij daadwerkelijk in een verpleeghuis zou worden opgenomen.
Vlak voor haar overlijden stond een dergelijke opname er aan te komen, zeker nu de partner van patiënte weigerde gebruik te maken van thuiszorg. In de periode voorafgaand aan de euthanasie was het duidelijk dat patiënte niet gelukkig was. Dat viel af te leiden uit nachtelijke gilpartijen, haar terugkerende uitspraken bij het opstaan: "Ik wil niet naar het verpleeghuis", haar onrust tijdens de autoritten naar het verpleeghuis en uit het feit dat zij haar kleinkind niet meer wilde zien.
Volgens haar familieleden leed patiënte onder het feit dat zij niet meer kon uiten wat zij wilde.

Vrijwillig en weloverwogen verzoek
De commissie overweegt voor wat betreft het *vrijwillig en weloverwogen* verzoek het volgende. Vast is komen te staan dat patiënte in de periode dat zij op de hoogte werd gesteld van de diagnose van haar ziekte (begin 2004) goed begreep wat deze ziekte inhield en wat de prognose zou zijn. Zij had toen diverse malen verklaard dat zij euthanasie wenste op het moment dat het noodzakelijk zou worden dat zij definitief in een verpleeghuis moest worden opgenomen. Met het oog daarop had zij in 2005 een schriftelijke euthanasieverklaring ondertekend.
In de daarop volgende jaren heeft patiënte haar wens noch met haar naasten noch met de arts regelmatig besproken. Zij heeft haar wilsverklaring evenmin geactualiseerd.
Toen de arts in 2009 met patiënte naar aanleiding van haar ziekenhuisopname en de daarop gevolgde tijdelijke opname in een verpleeghuis het onderwerp euthanasie nog een keer ter sprake bracht, had patiënte verklaard op dat moment "geen prik" te willen en was zij onrustig geworden. De arts had zich afgevraagd in hoeverre de betekenis van het onderwerp bij patiënte toen binnenkwam. In 2011 heeft patiënte helemaal niet met de arts over haar euthanasiewens gecommuniceerd. De echtgenoot van patiënte heeft de arts om euthanasie verzocht.
Patiënte was ten tijde van de twee bezoeken van de consulent in het geheel niet in staat om op enigerlei wijze uitdrukking te geven aan een eventuele euthanasiewens.
Uit de mondelinge toelichting van de arts begrijpt de commissie dat patiënte vlak voor de uitvoering van de euthanasie haar wens niet meer kon uiten en ook niet in staat was om met oog- of knijpcontact op een vraag bevestigend of ontkennend te reageren. Evenmin had de arts uit de blik van patiënte kunnen afleiden of zij kon bevatten wat haar werd verteld. Uit het rustige gedrag dat patiënte vertoonde tijdens het gesprek voorafgaand aan de uitvoering en tijdens de uitvoering had de arts afgeleid dat patiënte ermee instemde.
De commissie is op grond van de lange periode die sinds 2005 is verstreken en genoemde overige omstandigheden van oordeel dat de arts het verbale en non- verbale gedrag van patiente in redelijkheid niet had kunnen opvatten als een *vrijwillig en weloverwogen* verzoek van patiënte.

Ter beantwoording ligt de vraag voor in hoeverre met recht een beroep op artikel 2 lid 2 van de WTL kan worden gedaan vanwege het feit dat patiënte in 2005 een schriftelijke wilsverklaring had opgesteld. Die schriftelijke wilsverklaring, opgesteld in een periode dat patiënte wilsbekwaam was en een verzoek om levensbeëindiging inhoudend, zou volgens bovengenoemd wetsartikel immers in de plaats kunnen komen van een mondeling verzoek.
De commissie is van oordeel dat een beroep op dit artikel weliswaar mogelijk is in situaties waarin patiënten niet meer in staat zijn uiting te geven aan hun verzoek maar in een eerder stadium bij herhaling uitdrukking hebben gegeven aan hun wens, verbaal of non-verbaal.
In onderhavige casus is echter geen sprake van een eenduidig consistent beeld aangaande de wens van patiënte ter zake van euthanasie in de loop der jaren.
De commissie is van oordeel dat de arts in de periode van 2005 tot en met 2011 onvoldoende

met patiënte heeft gecommuniceerd over haar euthanasiewens en alle daarmee samenhangende aspecten en dat - voor zover de arts daarover al met patiënte gecommuniceerd heeft - zij daarvan onvoldoende schriftelijk verslag heeft gedaan.
Onder die omstandigheden kan niet met recht een beroep op dit artikel worden gedaan.
De commissie is van oordeel dat de arts niet tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een *vrijwillig* en *weloverwogen verzoek*.

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden
De commissie overweegt voor wat betreft het *uitzichtloos* en *ondraaglijk* lijden het volgende.
Voor de ziekte van Huntington is geen genezing mogelijk. Patiënte bevond zich in het laatste stadium van haar ziekte. Haar lijden was - medisch gezien - *uitzichtloos*.
De *ondraaglijkheid* van haar lijden kon door patiënte niet meer kenbaar worden gemaakt. In het verleden had zij diverse malen te kennen gegeven dat permanente opname in een verpleeghuis voor haar een ondraaglijke gedachte was en dat zij dat niet wilde meemaken. Vlak voor haar overlijden stond een dergelijke opname er aan te komen, zeker nu de partner van patiënte weigerde gebruik te maken van thuiszorg. In de periode voorafgaand aan de euthanasie was het duidelijk dat patiënte niet gelukkig was.
Dat viel af te leiden uit nachtelijke gilpartijen, haar terugkerende uitspraken bij het opstaan: “Ik wil niet naar …”(het verpleeghuis), haar onrust tijdens de autoritten naar het verpleeghuis, haar angst bij het afscheid nemen van haar echtgenoot en uit het feit dat zij haar kleinkind niet meer wilde zien.
Uit bovenstaande gedragingen van patiënte heeft de arts kunnen afleiden dat patiënte leed.
Daarvoor vond de arts voorts steun in uitlatingen van de familieleden, inhoudende dat het lijden van patiënte tevens bestond uit het feit dat zij niet meer in staat was haar wil te uiten.
De arts heeft daaruit - naar het oordeel van de commissie- *wellicht* kunnen afleiden dat dit lijden van patiënte voor haar ondraaglijk was. De arts heeft dit voor de commissie echter niet aannemelijk kunnen maken. In dat verband is het volgende van belang.
Uit het gesprek met de arts is het de commissie gebleken dat patiënte weliswaar onrustig was tijdens haar vervoer door haar man naar de dagopvang en angstig was tijdens het afscheid nemen van haar man aldaar, maar niet gebleken is dat zich tijdens de dagopname zelf problemen voordeden.
Aan het feit dat patiënte een kaakklem ontwikkelde kan niet zonder meer de betekenis worden toegekend dat patiënte een doodswens had vanwege ondraaglijk lijden en bewust wilde stoppen met eten en drinken, nu niet uitgesloten kan worden dat de ontwikkeling van de kaakklem een gevolg was van de ziekte waaraan patiënte leed. Door de arts zijn geen omstandigheden genoemd die aanleiding geven die betekenis daar wel aan toe te kennen.
De commissie is van oordeel dat, nu patiënte haar lijden niet meer zelf kon verwoorden ten overstaan van de arts en de consulent en de arts alleen indirect materiaal (zoals observaties van anderen) maar weinig feitelijk materiaal kon overleggen om haar overtuiging te onderbouwen, de arts niet aannemelijk heeft kunnen maken dat zij tot de overtuiging kon komen dat het lijden van patiënte voor haar *ondraaglijk* was.

Redelijke alternatieven
Voor wat betreft het bestaan van redelijke alternatieven om het lijden van patiënte te verlichten overweegt de commissie het volgende.
De mogelijkheid van thuiszorg kon in een latere fase van het ziekteproces niet meer met patiënte zelf worden besproken en is alleen in het gesprek met de partner van patiënte aan de orde geweest.
Deze mogelijkheid werd door de echtgenoot afgewezen. Voor zover de commissie bekend is voor patiënten met de ziekte van Huntington heel gespecialiseerde zorg nodig welke alleen in een gespecialiseerd verpleeghuis geleverd kan worden, maar niet gedurende 24 uur in een thuissituatie. De commissie acht 24- uurs thuiszorg dan ook geen reëel alternatief om het lijden van patiënte te verlichten.

Nu thuiszorg geen reëel alternatief was om het lijden van patiënte te verlichten overweegt de commissie in hoeverre (definitieve) opname in een verpleeghuis een reëel alternatief geweest zou zijn.
De commissie stelt vast dat patiënte reeds in het begin van haar ziekte (2004) te kennen heeft gegeven niet continu in een verpleeghuis opgenomen te willen worden.
Het is de commissie niet gebleken dat de arts deze mogelijkheid na 2005 nog een keer met patiënte heeft besproken. In 2009 is patiënte een periode in een verpleeghuis opgenomen om haar te observeren, structuur te bieden en op medicatie in te stellen. Uit de door de arts overgelegde bescheiden betreffende deze opname is het de commissie gebleken dat patiënte in die periode het overdag naar haar zin had in het verpleeghuis en dat gilmomenten zich slechts sporadisch voordeden. Uit het gesprek met de arts is het de commissie duidelijk geworden dat de arts ook in de laatste periode van het leven van patiënte niet met haar over een eventuele verpleeghuisopname heeft gesproken. Het feit dat de man van patiënte sinds 2009 gemachtigd was om haar belangen te behartigen en een eventuele verpleeghuisopname van patiënte door hem werd afgewezen, doet naar de mening van de commissie niets af aan de verantwoordelijkheid van de arts om het alternatief van een verpleeghuisopname zelf te onderzoeken. Gelet op de positieve ervaringen opgedaan tijdens de tijdelijke verpleeghuisopname in 2009 en gelet op het feit dat de zorg op de dagbehandeling kennelijk zodanig was dat deze aansloot op de behoefte aan veiligheid en behagen van patiënte, meent de commissie dat een verpleeghuisopname wellicht een reëel alternatief zou zijn geweest - al was het maar voor een periode - gedurende welke kon worden nagegaan of patiënte werkelijk onder haar situatie leed.
De commissie is zich ervan bewust dat zich ook in deze situatie momenten zouden hebben kunnen voordoen waarin patiënte afscheid moest nemen van haar dierbaren en dat dit belastend voor haar was. De commissie is echter van mening dat deze omstandigheid niet meebrengt dat onderzoek naar het alternatief van een verpleeghuis niet behoefde plaats te vinden.
Het is de commissie niet gebleken dat met patiënte in een eerdere fase van haar ziekte eventuele alternatieve mogelijkheden om haar lijden te verlichten zijn besproken.
Noch is het de commissie gebleken dat de arts deskundigen heeft geraadpleegd om zich te laten adviseren over mogelijke alternatieven om het lijden van patiënte te verlichten.
Door het ontbreken van afdoende feitelijke informatie komt de commissie tot het oordeel dat de arts niet met patiënte tot de overtuiging kon komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen andere oplossing was.

Consultatie
De consulent heeft patiënte tweemaal bezocht. Op die momenten was het de consulent niet mogelijk om zelf met patiënte te communiceren over haar euthanasiewens.
De consulent heeft geprobeerd zich op basis van de medische gegevens, gesprekken met de arts, de behandelend specialist en familieleden van patiënte en op basis van haar eigen waarneming een oordeel te vormen over de situatie van patiënte en haar euthanasieverzoek en heeft daarover een verslag opgesteld ten behoeve van de arts. Aan het consultatievereiste is voldaan.

Casus 4

Oordeel: zorgvuldig
Samenvatting: patiënte in een vergevorderd stadium van dementie. De arts heeft voldoende aannemelijk gemaakt, dat het lijden van patiënte ondraaglijk en uitzichtloos was en dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts kon tot de overtuiging komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Bij patiënte, een vrouw van tussen de 80 en 90 jaar, werden in het voorjaar van 2010 de eerste symptomen van dementie vastgesteld, waarbij vooral paranoïde wanen en hallucinaties die veel angst veroorzaakten, op de voorgrond stonden. Verder vermeldde de anamnese een ernstige, sinds vele jaren bestaande, maar de laatste jaren toenemende osteoporose, waarbij patiënte ernstige pijnklachten had ten gevolge van inzakkingen van de wervels en meerdere fracturen. Ruim een maand voor overlijden brak patiënte bij een val haar heup en pols en was een operatie noodzakelijk. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Ondanks inzet van diverse soorten pijnstilling was patiënte niet pijnvrij. Behandeling met twee soorten antipsychotica was evenmin effectief. Vooral de laatste weken voor overlijden, na ontslag uit het ziekenhuis, had patiënte erg veel last van paranoïde wanen, angst en verwardheid. Daardoor was zij motorisch erg onrustig en was zij de laatste week nog meerdere malen gevallen ondanks het feit dat haar gedurende 24 uur per dag zorg werd geboden. Verbetering van haar situatie bleek niet meer mogelijk.
Het lijden van patiënte, die haar zelfstandigheid en zelfredzaamheid altijd heel belangrijk had gevonden, bestond allereerst uit niet goed te behandelen pijn en uit het feit dat zij niet meer mobiel was als gevolg van haar aftakeling. Verder leed patiënte onder het feit dat zij dementeerde. Zij was bekend met het proces van geestelijke achteruitgang en aftakeling, aangezien zij indertijd haar dementerende echtgenoot een aantal jaren intensief had verzorgd. Zij was bang dat haar hetzelfde zou overkomen als haar man en dat zij eveneens in een verpleeghuis zou moeten worden opgenomen. Een dergelijk proces wilde zijzelf niet meemaken.
Tenslotte leed patiënte enorm onder paranoïde wanen die haar, vooral de laatste weken, veel angst bezorgden. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk.
Behalve de al genomen palliatieve maatregelen waren er geen voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Patiënte wilde niet opgenomen worden in een verpleeghuis. In een verpleeghuis kon bovendien niet worden voorkomen dat patiënte zou komen te vallen. Voor een morfinepomp was patiënte te onrustig en achterdochtig.

Verzoek
In 2004, toen patiënte bij de arts in de praktijk kwam, heeft zij in algemene zin over euthanasie gesproken. Begin 2011 heeft patiënte een euthanasieverklaring aan de arts gegeven. Zij had daarbij nadrukkelijk verklaard dat zij euthanasie wenste als zij in dezelfde situatie dreigde te komen als indertijd bij haar echtgenoot het geval was.
Ongeveer drie maanden voor overlijden heeft patiënte aan de arts kenbaar gemaakt dat zij euthanasie wilde als haar lijden ondraaglijk was geworden. Op dat moment vond zij haar lijden nog niet ondraaglijk. Zij refereerde opnieuw aan de situatie waarin haar echtgenoot was terecht gekomen. Dat wilde zijzelf beslist niet meemaken.
Ongeveer twee weken voor het overlijden is het daadwerkelijke verzoek om levensbeëindiging door de kinderen van patiënte gedaan. Patiënte heeft in die periode indirect aangegeven dat zij dood wilde door uitspraken zoals: “dat zij zo niet langer wilde leven”, “dat zij het niet meer volhield”. Tevens weigerde zij op een gegeven moment haar medicatie “omdat zij toch dood wilde”.
Voor wat betreft de *vrijwilligheid* van het verzoek verwees de arts allereerst naar de gesprekken die zij diverse malen met patiënte had gevoerd over haar euthanasiewens. Volgens de arts was het verzoek van patiënte niet geuit onder druk of invloed van anderen.
Voor wat betreft de *weloverwogenheid* van het verzoek stelde de arts dat patiënte, in de perio-

de dat zij nog helder van geest was, diverse malen over haar euthanasiewens had gesproken en zich toen bewust was geweest van de strekking van haar verzoek en van haar lichamelijke situatie.
De laatste weken was het niet meer mogelijk geweest om een intensief gesprek met patiënte te voeren. Wel had zij op de dag voor overlijden tijdens een gesprek met patiënte het woord "euthanasie" gebruikt en het idee gekregen dat patiënte begreep waar zij het over had. Patiënte had toen aangegeven dat zij lang genoeg had geleefd en een mooi leven had gehad. De arts was verder afgegaan op uitspraken en gedragingen van patiënte gedurende de laatste weken voor haar overlijden. Zij had de arts namelijk uitvoerig bedankt voor wat deze voor haar gedaan had en had afscheid genomen van haar dierbaren. Tevens was de arts afgegaan op de bevindingen van de SCEN- arts en van de verpleegkundige die patiënte de laatste twee dagen had verzorgd. De SCEN- arts had uit de gesprekken met patiënte de indruk gekregen dat er bij patiënte een doodswens leefde en de verpleegkundige vond de lijdensdruk van patiënte erg groot.

De SCEN-arts bezocht patiënte tweemaal, enkele weken en enkele dagen voor de levensbeëindiging. Het was de consulent gebleken dat patiënte verschillende gesprekken met de arts en haar kinderen had gevoerd waarin zij had aangegeven euthanasie te wensen wanneer zij vanwege haar dementeringsproces in een verpleeghuis zou moeten worden opgenomen zoals dit het geval was geweest bij haar man.
Volgens het verslag van zijn eerste bezoek had de consulent bij zijn ontvangst – voorafgaand aan het gesprek met patiënte onder vier ogen - van de kinderen van patiënte en van een verpleegkundige vernomen dat patiënte een zeer angstige en onrustige nacht achter de rug had. Na het ontwaken in de ochtend was zij snel weer angstig en onrustig. Daarbij gaf zij zeer frequent aan te moeten plassen en liep dan met veel moeite naar het toilet. Bij herhaling was er geen blaasontsteking geconstateerd. Volgens de consulent maakte patiënte geen depressieve maar wel een vermoeide indruk. Hoewel ze beleefd begon vragen te beantwoorden, verzandden haar verhalen in associatieve gedachten. Duidelijk werd dat zij een week eerder nadrukkelijk bezig was geweest met afscheid nemen van haar naasten. Zij had ook haar huisarts bedankt voor alle goede zorgen. Zij vond het leven wel mooi geweest en gaf aan dat zij nu verlangde naar het einde. De consulent vatte samen dat het euthanasieverzoek mede door de kinderen was aangegeven maar door hun moeder daarvoor herhaaldelijk met hen en de arts was besproken en schriftelijk was vastgelegd. Patiënte was ten tijde van het gesprek verward en ernstig dement. Haar euthanasiewens was indirect zichtbaar door het feit dat zij afscheid nam.
Het ondraaglijk lijden van patiënte bestond met name uit onbehandelbare pijn, vooral in haar rug. Medicatie was gemaximaliseerd. Bij uitbreiden van de pijnmedicatie nam haar verwardheid toe of bleek sprake van een allergie. Daardoor was patiënte niet pijnvrij te krijgen. Een opname in een verpleeghuis in verband met haar dementie heeft patiënte altijd afgewezen. Volgens de consulent leek er geen redelijk alternatief voorhanden om het lijden van patiënte te verlichten.
De consulent stelde de arts voor dat deze nog extra overleg zou voeren met een psychogeriatrisch arts en dat de consulent vervolgens nog een keer terug te komen.
Volgens het verslag van zijn tweede bezoek aan patiënte bleek de toegediende medicatie op advies van een geraadpleegde specialist ouderengeneeskunde inmiddels te zijn aangepast. Daardoor was de motorische onrust van patiënte wel iets minder geworden. Patiënte behield echter nog angstige gevoelens met name bij het ontwaken of op momenten dat zij zich alleen waande.
Patiënte herkende de consulent bij binnenkomst niet. In het gesprek gaf zij aan pijn in haar pols te ervaren en te weten dat haar man dement geworden was en daardoor in een verpleeghuis moest worden opgenomen. Ook vertelde zij te voelen dat zij zelf vergeetachtig was geworden. Daardoor vond zij het leven niet meer de moeite waard. Zij had de afgelopen dagen aan de verzorging verteld dat zij geen medicatie meer wilde nemen omdat zij toch binnenkort dood zou gaan. Volgens de consulent was het moeilijk om tijdens het gesprek de concentratie van patiënte vast te houden. Tijdens de spaarzame heldere momenten gaf

patiënte echter duidelijk aan dat zij op deze manier niet meer verder wilde leven.
De consulent vatte samen dat patiënte in het verleden van zeer nabij en zeer intensief een dementeringsproces had meegemaakt bij haar echtgenoot. Zij had altijd aangegeven op die wijze zelf niet te willen sterven en had dat op verschillende momenten met haar kinderen en met de arts besproken en schriftelijk vastgelegd.
Patiënte leed onder onbehandelbare pijn door ernstige osteoporose en had daardoor herhaaldelijk ernstige fracturen opgelopen in haar rug, beide heupen, pols en vinger. Na de laatste ernstige fractuur en noodzakelijke operatie was haar geestelijke toestand zodanig ernstig verslechterd, dat zij niet meer zonder toezicht kon zijn en haar kans om te vallen sterk was toegenomen. Angsten en wanen waren niet goed behandelbaar en maakten blijvend toezicht noodzakelijk. In zijn verslag kwam de consulent tot de onvoorwaardelijke conclusie dat aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie achtte zich bij eerste beoordeling van de melding nog onvoldoende geïnformeerd over het gehele besluitvormingsproces, met name nu patiënte zich in een vergevorderd stadium van dementie leek te bevinden. De commissie verzocht de arts en de consulent haar mondeling nader te informeren over de mogelijkheid om met patiënte te communiceren over haar euthanasiewens en over diverse andere aspecten.
De arts gaf wat betreft de communicatie met patiënte, het lijden van patiënte en mogelijke andere oplossingen de volgende toelichting.
Communicatie met patiënte verliep zowel verbaal als non-verbaal.
Enkele maanden voorafgaand aan de ziekenhuisopname in oktober had patiënte al korte periodes last van hallucineren. Na haar ziekenhuisopname had zij meer last van hallucinaties. Pijnstilling werkte onvoldoende en versterkte het hallucineren. Het bleef echter mogelijk om gedurende korte tijd met haar te communiceren. Naarmate patiënte rustiger was verliep de communicatie beter. De ziekenhuisopname in oktober had een duidelijke knik gegeven in het welbevinden van patiënte. Na deze opname werd duidelijk dat patiënte erg achteruit was gegaan. Patiënte maakte op het laatst goed duidelijk dat zij dood wilde. Zij nam van iedereen afscheid, heeft de arts ook steeds bedankt en weigerde medicatie. Dit werd door verpleegkundigen bevestigd. De arts verklaarde in de laatste week voor het overlijden nog apart met patiënte gesproken te hebben over euthanasie. Op haar nadrukkelijke vraag of patiënte euthanasie wenste had patiënte geantwoord: “Ja, ik wil euthanasie”. Zij wist wat dat betekende. Patiënte lichtte toe: “Ik wil dood”. De arts vulde aan dat zij patiënte al vrij lang kende en wist onder welke omstandigheden patiënte euthanasie wilde.
De arts heeft na het eerste bezoek van de SCEN arts op advies van een door haar telefonisch geraadpleegde specialist ouderengeneeskunde nog enkele dagen geprobeerd de klachten van patiënte te verlichten met behulp van het middel Seroquel. Zij bevestigde desgevraagd dat een termijn van vijf dagen kort is om de uitwerking van het middel Seroquel af te wachten. Patiënte was op het laatst echter erg achteruit gegaan. Zij had erg veel pijn, was erg angstig en had veel last van paniekaanvallen. Daarbij was zij zeer onrustig en valgevaarlijk. Tevens raakte zij incontinent voor ontlasting. De arts en de kinderen vonden dat er bij patiënte een dermate dramatische situatie was ontstaan dat zij deze niet langer wilden laten voortduren. Een verpleeghuisopname leek geen reëel alternatief. Ook daar zou patiënte nog steeds valgevaarlijk zijn. Dit kon alleen worden voorkomen door patiënte te sederen.
De arts verklaarde verder dat zij niet hernieuwd contact had gezocht met de specialist ouderengeneeskunde om te bespreken wat haar ervaringen waren met het middel Seroquel. Deze specialist had tevoren namelijk niet gegarandeerd dat het middel zou helpen. Hij had woorden gebruikt als: “Je zou Seroquel nog kunnen proberen”.
Zij had evenmin overwogen om patiënte te sederen omdat de onrust van patiënte dan toch nog een probleem zou vormen. Palliatieve sedatie had zij nooit met patiënte besproken. Tevens bleef het de vraag of patiënte daarvoor in aanmerking kwam. Patiënte had weliswaar last van refractaire symptomen maar het was erg moeilijk om te bepalen wat haar levensverwachting zou zijn, ook al was zij de laatste periode hard achteruit gegaan.

De arts had wel met de kinderen van patiënte over palliatieve sedatie gesproken. Gezamenlijk hadden zij deze mogelijkheid afgewezen.De arts lichtte toe dat de kinderen het proces van dementering al eerder bij hun vader hadden meegemaakt. De kinderen waren zeer betrokken bij de situatie van hun moeder. De zoon heeft nog geprobeerd de pijnklachten van zijn moeder met een pijnblokkade te laten bestrijden. Patiënte was op het laatst motorisch erg onrustig en angstig, zij begreep niet waar zij was, zij wilde weg, riep steeds "au" en huilde. Patiënte leed werkelijk en had geen goede momenten meer.
Op de avond van de euthanasie was patiënte opmerkelijk rustig. Nadat de arts haar had gezegd dat zij haar nu een prikje ging geven had patiënte verklaard: "Het is goed zo".
Als de arts in deze casus een externe deskundige had geraadpleegd die had bevestigd dat patiënte wilsonbekwaam was, dan had zij toch de euthanasie uitgevoerd. Patiënte leed namelijk werkelijk. Zij had geen goede momenten meer.

De commissie verzocht de consulent haar mondeling nader te informeren over de mogelijkheid om met patiënte te communiceren over haar euthanasiewens, om een beter beeld te krijgen van het gehele besluitvormingsproces, vooral nu patiënte zich in een vergevorderd stadium van dementie leek te bevinden. Zij verzocht de consulent aan te geven of patiënte wist dat de euthanasie zou plaats vinden, hoe het contact met patiënte verliep en of zij begreep wie hij was. De consulent had tweemaal met patiënte gesproken. Gedurende deze gesprekken sprak hij alleen met haar; de kinderen waren niet bij die gesprekken aanwezig. De consulent had met patiënte besproken dat haar man in een verpleeghuis had gewoond. Patiente gaf daarop duidelijk aan dat voor zichzelf niet te willen. Hij had ook een gesprek gevoerd met de arts en de kinderen van patiënte. Daaruit was hem duidelijk geworden dat patiënte in het verleden had gezegd dat een verpleeghuisopname voor haar niet acceptabel was.
De consulent had bij de KNMG advies ingewonnen over euthanasie bij wilsonbekwamen. Hij had zijn bevindingen vervolgens met de arts besproken. Het was hem duidelijk geworden dat het lijden van een patiënt ook kon worden afgeleid uit diens gebaren of blikken. Het was voor hem voldoende invoelbaar geweest dat patiënte ondraaglijk leed.
De consulent merkte op dat het lijden van patiënte uit drie elementen bestond. Zij had pijn sinds zij in oktober was gestruikeld en drie botbreuken had opgelopen. Daarnaast had zij last van grote onrust en hallucinaties. Foto's toonden aan dat er bij patiënte tevens enorme wervelinzakkingen bestonden. Patiënte was sinds haar ziekenhuisopname hard achteruit gegaan. De laatste dagen kwam zij niet meer uit bed.

Vrijwillig en weloverwogen verzoek
De commissie overweegt bij de beoordeling van casus betreffende patiënten die zich in een proces van dementie bevinden dat met grotere behoedzaamheid moet worden gereageerd op een verzoek om levensbeëindiging. Twijfel kan immers bestaan over de vraag of een patient die aan dementie lijdt wilsbekwaam is en of het verzoek van een dergelijke patiënt, gezien de aard van de aandoening, vrijwillig en weloverwogen is.
Volgens artikel 2 lid 2 van de WTL kan een arts gevolg geven aan een verzoek om levensbeeindiging neergelegd in een schriftelijke wilsverklaring wanneer een patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten maar voordien tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat was. De zorgvuldigheidseisen zijn van overeenkomstige toepassing.
Vast is komen te staan dat patiënte in de jaren dat zij helder van geest was diverse malen met de arts over haar euthanasiewens had gesproken en de arts begin 2011 een euthanasieverklaring heeft overhandigd. Daarbij had zij toegelicht dat zij euthanasie wenste wanneer een opname in een verpleeghuis dreigde. Drie maanden voor haar overlijden had patiënte ten overstaan van de arts verklaard euthanasie te wensen in geval van ondraaglijk lijden. Daarbij verwees zij eveneens naar de situatie waarin haar echtgenoot was terechtgekomen; hij was opgenomen in een verpleeghuis vanwege dementering. Dat wilde zijzelf beslist niet meemaken. In de daarop volgende maanden hadden patiënte en de arts niet meer over euthanasie gesproken.

De laatste weken voor haar overlijden- na ontslag uit het ziekenhuis- kon patiënte haar wens niet meer helder verwoorden. In die periode heeft patiënte op verschillende wijzen kenbaar gemaakt dat zij dood wilde. Patiënte verklaarde volgens de arts "dat zij zo niet langer wilde leven", "dat zij het niet meer volhield". Tevens weigerde patiënte medicatie "omdat zij toch dood wilde". De laatste weken voor haar overlijden had patiënte de arts uitvoerig bedankt en afscheid genomen van haar dierbaren. Op de avond van de uitvoering was patiënte opmerkelijk rustig geweest. Op de mededeling van de arts dat zij haar nu een prikje ging geven had patiënte verklaard: "het is goed zo".
De commissie overweegt ten aanzien van het *vrijwillig en weloverwogen verzoek* van patiënte dat deze weliswaar niet meer met zoveel woorden om euthanasie kon vragen, maar tot vlak voor haar overlijden zowel in woord als in gedrag, zoals hierboven is aangegeven, liet weten dat zij dood wilde omdat zij pijn had, wist dat zij vergeetachtig was en niet naar een verpleeghuis wilde. De arts heeft aannemelijk kunnen maken dat zij ervan overtuigd was geraakt dat de doodswens van patiënte geheel in overeenstemming was met haar eerder zowel mondeling als schriftelijk geuite euthanasiewens.
Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat patiënte *wilsbekwaam* was ten aanzien van haar in haar schriftelijke wilsverklaring neergelegd euthanasieverzoek en dat er sprake was van een *vrijwillig en weloverwogen* verzoek van de patiënte.

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden
Voor wat betreft het *uitzichtloos* en *ondraaglijk* lijden en *alternatieven* overweegt de commissie als volgt.
Vast is komen te staan dat de arts op advies van een externe deskundige nog enkele dagen geprobeerd heeft om klachten van patiënte te verlichten met behulp van het middel Seroquel. De arts heeft gemeend een eventuele gunstige uitwerking hiervan niet langer af te moeten wachten aangezien patiënte op het laatst erg achteruit was gegaan. Patiënte had niet alleen erge pijn maar was ook erg angstig en had veel last van paniekaanvallen. Daarbij was zij zeer onrustig en valgevaarlijk. Tevens raakte zij incontinent voor ontlasting.
De arts heeft aannemelijk kunnen maken dat het lijden van patiënte ondraaglijk was. Ook de consulent had geconcludeerd het lijden van patiënte invoelbaar ondraaglijk te vinden. Een verpleeghuisopname leek geen reëel alternatief aangezien patiënte ook dan nog steeds valgevaarlijk zou zijn en patiënte, in de periode waarin zij helder kon communiceren, bovendien diverse malen had aangegeven dat opname in een verpleeghuis voor haar ondraaglijk lijden zou betekenen.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een *uitzichtloos* en *ondraaglijk* lijden. De arts heeft patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten. De arts is met patiënte tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

De arts heeft de overtuiging gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt.

Het lijden van een patiënt wordt als **uitzichtloos** beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en het ook niet mogelijk is de symptomen zodanig te verzachten dat daardoor de ondraaglijkheid verdwijnt. De uitzichtloosheid blijkt uit de gestelde diagnose en prognose en wordt door de arts vastgesteld. Bij de beantwoording van de vraag of het uitzicht op verzachting van de symptomen reëel kan worden genoemd moet rekening worden gehouden met zowel de verbetering die door een (palliatieve) behandeling kan worden bereikt als met de belasting die deze (palliatieve) behandeling voor patiënt met zich mee brengt. Uitzichtloos in deze betekenis slaat op de ziekte of aandoening en de symptomen, waarvoor redelijkerwijs, dat wil zeggen voor de patiënt redelijke, reële curatieve of palliatieve behandelopties ontbreken.

Patiënten gebruiken de term uitzichtloos ook om aan te geven dat zij het onaanvaardbaar vinden dat er geen verbetering meer mogelijk is en dat zij wensen dat er een einde komt aan hun lijden. In die zin draagt de door de patiënt ervaren uitzichtloosheid bij aan de ondraaglijkheid van het lijden.

De **ondraaglijkheid** van het lijden is moeilijker vast te stellen, omdat het in beginsel een persoonsgebonden begrip is. Wat de ene patiënt nog als draaglijk ervaart kan voor een andere patiënt ondraaglijk zijn.
De ondraaglijkheid van het lijden wordt, behalve door de actuele situatie, bepaald door het toekomstperspectief, de fysieke en psychische draagkracht en de persoonlijkheid en levensgeschiedenis van de patiënt.
Ondraaglijkheid wordt in meldingen vaak toegelicht met lichamelijke symptomen als pijn, misselijkheid, benauwdheid en met ervaringen als uitputting, toenemende ontluistering, toenemende afhankelijkheid en verlies van waardigheid. In de praktijk gaat het vrijwel altijd om een combinatie van facetten van lijden die tezamen de ondraaglijkheid daarvan bepalen. De ernst van het lijden kan niet worden vastgesteld door alleen naar de symptomen op zichzelf te kijken, maar wordt uiteindelijk bepaald door de betekenis die deze symptomen voor deze patiënt hebben, ook gezien diens levensgeschiedenis en waardepatroon.
De ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt moet voor de arts invoelbaar zijn. De vraag is hierbij niet of een lijden als dat van de patiënt ondraaglijk zou zijn voor mensen in het algemeen of voor de arts zelf, maar of dit lijden voor deze specifieke patiënt ondraaglijk is. De arts dient zich dan ook niet alleen in de situatie, maar ook in het perspectief van de patiënt te verplaatsen.
Van centrale betekenis voor het proces van beoordeling door de commissies is de vraag of de arts aannemelijk kan maken dat de ondraaglijkheid van het lijden voor hem invoelbaar is geweest (casus 5 is een voorbeeld van een melding waarin de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van ondraaglijk lijden).

Casus 5

Oordeel: zorgvuldig
Samenvatting: huisarts niet bereid tot euthanasie nadat SCEN-arts had geoordeeld dat er geen sprake was van ondraaglijk lijden. Arts van Stichting Levenseinde Kliniek (SLK) kon tot de overtuiging komen dat er sprake was van ondraaglijk lijden.

Patiënt, een man tussen 80 en 90 jaar, leed ruim zes jaar aan maculadegeneratie, het laatste half jaar progressief, sinds jaren aan presbyacusis en 12 jaar aan duizeligheid waarschijnlijk ten gevolge van gegeneraliseerd vaatlijden en bloedarmoede. De laatste maanden voor overlijden viel patiënt diverse malen als gevolg van wegrakingen, de laatste maal gebeurde dit twee nachten voor de geplande hulp bij zelfdoding. Overige anamnese vermeldt TIA's en angina pectoris sinds 2010.
Patiënt heeft een staaroperatie ondergaan, kreeg intraoculaire injecties voor de macula en de nodige medicatie voor hypertensie, angina pectoris en bloedarmoede. Tevens maakte patiënt gebruik van diverse hulpmiddelen. De laatste weken werd patiënt toenemend vermoeid en kortademig bij elke inspanning en kreeg last van een pijnlijke, opgezette buik. De maculadegeneratie was niet te remmen. Patiënt zag uiteindelijk alleen nog maar contouren en kon in de schemer niet meer functioneren.
De maculadegeneratie, presbyacusis, bloedarmoede en gegeneraliseerde arteriosclerose waren niet te behandelen. Ophoging van de antihypertensiva verergerden de duizeligheid. Nitrospray bood verlichting.
Het lijden van patiënt bestond uit het feit dat hij als gevolg van zijn slechte zicht niet meer kon lezen, knoeide en steeds meer afhankelijk werd. Vanwege de gehoorvermindering kon hij, ondanks het gebruik van gehoorapparaten, geen gesproken boek meer beluisteren, niet meer genieten van muziek en ontstond een toenemend sociaal isolement. Ook televisie kijken en radio beluisteren werden onmogelijk.
Tevens leed patiënt onder krachtsverlies, vermoeidheid en evenwichtsstoornissen waardoor sociale activiteiten wegvielen. Daarmee werd zijn sociale isolement compleet. Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk.
Patiënt had de laatste jaren voor overlijden bij herhaling met zijn eigen huisarts over euthana-

sie gesproken en de huisarts tevens om uitvoering van euthanasie verzocht. De huisarts van patiënt raadpleegde een half jaar voor het overlijden een SCEN arts. Deze consulent kwam tot het oordeel dat het door patiënt ervaren lijden niet invoelbaar ondraaglijk was. Na het negatieve advies van deze SCEN consulent deelde de huisarts patiënt mee hem te willen blijven behandelen en alleen op zijn euthanasie verzoek in te zullen gaan wanneer hij terminaal was. Ruim twee maanden voor overlijden is patiënt aangemeld bij de SLK. Patiënt heeft met de arts over euthanasie en hulp bij zelfdoding gesproken en hem daarbij tevens concreet om uitvoering verzocht. Hij heeft zijn verzoek in een vervolggesprek met de arts herhaald en eveneens op de dag van de hulp bij zelfdoding. De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN arts. Volgens de consulent was het lijden van patiënt als gevolg van de verschillende ouderdomskwalen uitzichtloos aangezien deze kwalen alleen maar erger zouden worden. Volgens de consulent bestond het lijden van patiënt uit een zeer slechte visus en gehoorverlies waardoor lezen, muziek beluisteren, televisie kijken niet meer mogelijk waren evenals het deelnemen aan sociale activiteiten. Daarnaast voelde patiënt zich onzeker door onverwachte evenwichtsstoornissen en wegrakingen. Het ontbrak patiënt bijna volledig aan kwaliteit van leven. Toenemende afhankelijkheid en aftakeling lagen in het verschiet. Volgens de consulent was het lijden voor patiënt, die in het verleden alles zelf bepaalde, invoelbaar ondraaglijk. Alternatieve mogelijkheden om het lijden te verlichten, zoals aanpassingen in de woning, het aanwenden van thuiszorg, waren besproken en geprobeerd maar waren inmiddels uitgeput. Een psychiatrische behandeling was geen reële mogelijkheid om het lijden onder de aftakeling en de opeenstapeling van ouderdomskwalen te verlichten.
De commissie had bij de beoordeling van de melding nog onvoldoende inzicht in het verloop en de duur van de gesprekken die de arts met patiënt had gevoerd. Tevens wilde zij beter geïnformeerd worden over de wijze waarop patiënt achteruit was gegaan. De commissie verzocht de arts haar daarover mondeling nadere informatie te verschaffen. Tijdens het gesprek gaf de arts de volgende toelichting. Patiënt was technicus geweest en had alle touwtjes altijd in handen gehad. In de afgelopen jaren werd hij ermee geconfronteerd dat zijn vrouw een ernstige aandoening kreeg. Ook hijzelf ging achteruit. Zo kreeg hij last van maculadegeneratie. Uiteindelijk zag hij alleen nog maar contouren en kon hij in de schemering helemaal niets meer zien. Doordat zijn gehoor eveneens achteruit ging raakte hij toenemend in een sociaal isolement.
Patiënt had allereerst zijn huisarts verzocht zijn leven te beëindigen. De huisarts had daarop een SCEN arts geraadpleegd. Toen deze consulent tot de conclusie kwam dat nog niet aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan, wilde de huisarts niet tot uitvoering overgaan, maar patiënt wel blijven behandelen. De huisarts had patiënt op andere mogelijkheden gewezen, zoals levensbeëindiging in Zwitserland, stoppen met eten en drinken, de Helium methode. Patiënt durfde deze methoden niet aan onder meer omdat hij zich realiseerde wat er mis zou kunnen gaan. Daarop was contact gelegd met de SLK. Gedurende het traject dat de arts met patiënt heeft doorlopen had de arts telefonisch overleg gevoerd met de huisarts. Zij bleek niet tegen euthanasie te zijn maar wilde deze niet zelf uitvoeren. Zij stelde zich heel coöperatief op. De huisarts werd door de arts eveneens geïnformeerd over de bevindingen van de tweede consulent.
Voor wat betreft de achteruitgang van patiënt merkte de arts op dat de kracht van patiënt en diens actieradius de laatste maanden minder waren geworden. Aanvankelijk kon patiënt nog tot het winkelcentrum lopen. Daarna kwam hij niet verder dan tot de deur van zijn woning. Twee dagen voor overlijden was patiënt gevallen, was toen niet meer in staat geweest om zelfstandig op te staan en had de hele nacht op de grond gelegen.
De commissie heeft dankzij de door de arts tijdens het gesprek verstrekte aanvullende informatie meer inzicht gekregen in de contacten die de arts met patiënt heeft gehad. De commissie meent dat de arts zich voldoende van de situatie van patiënt op de hoogte heeft gesteld om zich een oordeel te kunnen vormen over de zorgvuldigheidseisen en is van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Lijden vereist een medische grondslag
Zoals uit de wetgeschiedenis blijkt, wordt met “klaar met leven” gedoeld op de situatie van mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die, zonder dat zij overigens in medisch opzicht lijden aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, voor zichzelf hebben vastgesteld dat voor hen de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood verkiezen boven verder leven. De wetsgeschiedenis maakt duidelijk dat aan het lijden een medische dimensie moet zitten en dat over lijden dat slechts voortvloeit uit een andere dan de medische context niet door een arts behoort te worden geoordeeld. Een dergelijk lijden gaat het terrein van de medicus te buiten.
De commissie moet derhalve de vraag beantwoorden of de arts tot de overtuiging kon komen dat het uitzichtloos en ondraaglijk lijden zijn oorzaak vond in een medisch classificeerbare ziekte of aandoening, d.w.z. een medische grondslag had. Het is echter niet vereist dat er sprake is van een ernstige (levensbedreigende) medische aandoening. Een stapeling van ouderdomsklachten kan oorzaak zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden (casus 7 is hiervan een voorbeeld; casus 6 is een voorbeeld van ‘klaar met leven’ problematiek).

Casus 6

Oordeel: onzorgvuldig
Samenvatting: geen ondraaglijk lijden. Het lijden van patiënte kon niet in overwegende mate toegeschreven worden aan een medisch classificeerbare ziekte of aandoening. De arts heeft niet met patiënte tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

Patiënte, een vrouw tussen 90 en 100 jaar, woonde sinds enkele jaren in een verzorgingshuis. De ziektegeschiedenis vermeldt dat patiënte ruim vier jaar voor het overlijden een CVA kreeg, waarvan zij neurologisch gezien goed herstelde. Zeven maanden voor het overlijden onderging patiënte een cataractextractie aan één van haar ogen in verband met verminderde visus. Patiënte stond nuchter in het leven. Haar doodswens bestond al meerdere jaren en werd door haar veelvuldig geuit, al stond haar wens minder op de voorgrond dan kort voor het overlijden. De laatste jaren had patiënte zich verzet tegen haar gedachten over de dood en geprobeerd een andere invulling aan haar leven te geven door te zoeken naar andere interesses. Telkens weer kwam zij echter tot de ontdekking dat dit alles volgens haar geen doel diende. Toen kort voor het overlijden patiënte een plotselinge periode van duizeligheid en algehele malaise doormaakte, ervoer zij deze situatie als onaangenaam en bedreigend. Patiënte zag dit als een voorbode voor het lijden dat nog voor haar in het verschiet lag. Patiënte was bang voor deze aanstaande aftakeling en wilde die niet meemaken. Zij besloot om niet meer te eten en te drinken en op deze wijze te versterven. Kort nadat zij besloten had te stoppen met eten en drinken verzocht zij de arts om euthanasie.
Het lijden van patiënte bestond uit geestelijk lijden. Zij leed aan het leven op zich en het ondraaglijke gevoel te moeten wachten op lichamelijk ongemak en de dood. Zij ervoer haar leven als voltooid en was bang voor de lichamelijke aftakeling die mogelijk voor haar in het verschiet lag. Haar bestaan ervoer zij als een kwelling. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. Er zijn geen therapeutische en palliatieve maatregelen met patiënte besproken.

Geruime tijd voor het overlijden heeft patiënte voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken. Sindsdien hebben arts en patiënte meerdere gesprekken hierover gehad. De arts kende patiënte al jaren en was al jaren op de hoogte van haar doodswens. Toen patiënte een week voor overlijden besloot zich te versterven, wilde de arts aan haar euthanasieverzoek tegemoet komen om haar een lijdensweg te besparen. Enkele dagen voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

De commissie heeft de arts gevraagd een mondelinge toelichting te geven. Desgevraagd vertelde de arts dat hij patiënte al acht á negen jaar kende. Patiënte was tot voor kort altijd een gezonde vrouw geweest. De arts zag patiënte hooguit drie tot vier keer per jaar. Bij ieder

huisbezoek was haar doodswens een terugkerend onderwerp van gesprek. Patiënte had echter nooit een concreet verzoek gedaan. Er waren ook geen concrete aandoeningen die een verzoek zouden rechtvaardigen. De arts was tijdens deze gesprekken niet te diep ingegaan op haar wens. Hij had altijd geprobeerd haar te motiveren voor het leven. Toen patiënte ziek werd, vermoedelijk door een buikgriep, had deze situatie haar geconfronteerd met klachten en ongemak van dien aard dat patiënte zich realiseerde dat zij zich nu in een levensfase bevond, waarin zij alleen maar kon wachten op verdergaande lichamelijke aftakeling en uiteindelijk op de dood. Maar ook nu was er geen ernstig lichamelijk lijden. Deze aftakeling echter, wilde patiënte niet meemaken. Zij had het besluit genomen te versterven en zij was gestopt met eten en drinken. De eerste paar dagen na haar besluit ervoer patiënte krampen in haar buik en ander ongemak. Kort nadat zij dit besluit had genomen, bezocht arts patiënte. Zij was verzwakt. Een gesprek kwam op gang over de doodswens van patiënte. Dit gesprek met patiënte veroorzaakte dat bij de arts de “knop” als het ware omging. Patiënte was vastbesloten te versterven. Het was voor de arts heel duidelijk dat patiënte niet langer wilde leven. Hij raakte overtuigd van haar doodswens. Hij kon het ondraaglijk lijden van patiënte invoelen. De arts besloot het proces tot uitvoering in gang te zetten. De arts sprak met de hoofdzuster en directie van het verzorgingstehuis over de situatie en de doodswens van patiente. Ook benaderde hij een SCEN-arts. De arts bezocht patiënte enkele malen gedurende de dagen daarna. Desgevraagd vertelde de arts dat het afwachten van het verstervingsproces voor hem geen optie was, omdat hij tijdens zijn eerdere bezoek aan patiënte al het besluit genomen had haar verzoek in te willigen bij een positief SCEN advies. De arts had het besluit van patiënte om te versterven niet als chantage ervaren. De SCEN-arts bezocht patiënte twee dagen voor overlijden en kwam tot de conclusie dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts ervoer deze conclusie als “toestemming”. De arts geeft aan dat hij niet tot inwilliging van het verzoek was overgegaan als hij geen “toestemming” van de SCEN-arts had gekregen. Na toelichting door de commissie onderkent de arts dat een SCEN-arts een consult verleent en dat de arts zelf verantwoordelijk blijft voor de levensbeëindiging. De arts geeft aan dat hij wellicht in dit opzicht wat naïef was geweest, maar zich gesteund voelde door het positief advies van de SCEN-arts. De arts zegt dat hij achteraf bekeken zich teveel had verlaten op het advies van de SCEN-arts.

De commissie heeft ook de consulent gevraagd een mondelinge toelichting te geven. De consulent vertelde dat patiënte enkele dagen eerder ziek was geworden; zij had zich duizelig en niet lekker gevoeld. Daarvan was zij goeddeels hersteld. Echter, deze situatie confronteerde patiënte met haar kwetsbaarheid en maakte dat zij niet langer wilde wachten op ziekte en complicaties. Daarop had zij het besluit genomen te versterven. Gedurende enkele dagen na aanvang van het verstervingsproces ervoer patiënte krampen in de buik en was zij bedlegerig geworden. De krampen waren nu afgenomen maar de patiënte was bang voor nieuwe pijn. Ondanks haar sterke angst voor pijnklachten was zij vastberaden door te gaan met versterven. Volgens de consulent gaf dit besluit van patiënte aan hoe sterk haar doodswens was. De commissie vraagt de consulent of de oorzaak van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van patiënte in overwegende mate terug te voeren is op een medisch classificeerbare ziekte of aandoening. De commissie geeft daarbij aan dat de commissie uit zijn verslag, het verslag van de arts en het patiëntenjournaal de indruk heeft gekregen dat het lijden van patiënte in overwegende mate bestond uit lijden aan het leven. De consulent vertelt dat het lijden van patiente bestond uit reële lichamelijke klachten die te maken hadden met het maag- en darmstelsel, een sociaal isolement door het wegvallen van vrienden en familie en sterke angst voor lichamelijke aftakeling in de toekomst. Ook ervoer patiënte haar leven als doelloos. De consulent kon de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte invoelen. De consulent had eerder te maken gehad met verzoeken van patiënten, die leden aan het leven. Hij had nog niet eerder een positief advies gegeven ten aanzien van een dergelijk verzoek of zelf een dergelijk verzoek ingewilligd. De consulent vond dat er bij patiënte niet alleen sprake was van lijden aan het leven. Er was sprake van lijden aan het leven, lijden door versterven en de angst voor

te verwachten lijden. De consulent was van mening dat patiënte reëel psychisch en somatisch lijden ervoer. Desgevraagd geeft de consulent aan dat sederende palliatieve maatregelen niet zijn overwogen omdat patiënte had aangegeven helder te willen blijven. Hij kon zich niet herinneren welke palliatieve, niet-sederende, maatregelen zijn overwogen of genomen om de lichamelijke klachten van het versterven te bestrijden.

De commissie heeft zich afgevraagd of de arts tot de overtuiging kon komen dat het lijden voor patiënte uitzichtloos en ondraaglijk was. De commissie merkt op dat ondraaglijkheid in het kader van de WTL subjectief moet worden uitgelegd en slechts marginaal kan worden getoetst. De commissie heeft uitgebreid stilgestaan bij de vraag of en in hoeverre er in casu sprake was van een "klaar met leven" situatie. In het verlengde van de vraag of de arts tot de overtuiging kon komen dat het lijden voor patiënte uitzichtloos en ondraaglijk was, heeft de commissie daarom tevens te beoordelen of het ondraaglijk en uitzichtloos lijden in overwegende mate wordt veroorzaakt door een medisch classificeerbare ziekte of aandoening. Niét is vereist dat dit een ernstige (levensbedreigende) aandoening is. De commissie komt op basis van de mondelinge toelichting van de arts tot de conclusie dat er tijdens zijn huisbezoek, en daarna tijdens het verstervingsproces, geen sprake is geweest van ernstig lijden voorkomend uit een medisch classificeerbare ziekte of aandoening, maar dat bij patiënte in overwegende mate sprake was van existentieel lijden. Factoren zoals de hoge leeftijd van patiënte, haar biografie en persoonlijkheid waren sterk medebepalend voor de mate waarin patiënte haar lijden als ondraaglijk had ervaren. Onder deze omstandigheden is de commissie van oordeel dat het lijden van patiënte niet in overwegende mate toegeschreven kon worden aan een medisch classificeerbare ziekte of aandoening en de arts daarom niet tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er sprake was van ondraaglijk lijden in de zin van de wet.

De commissie is er ook niet van overtuigd geraakt dat er geen redelijke andere oplossing was om de lichamelijk ongemakken voortvloeiend uit het versterven -nog los van de vraag of daarvan (nog) sprake was- te verlichten en de angst voor ongemakken die mogelijk in het verschiet lagen weg te nemen. De arts heeft dan ook niet met patiënte tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was.
De arts heeft niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

Casus 7

Oordeel: zorgvuldig
Samenvatting: ondraaglijkheid van lijden vindt zijn oorsprong in een combinatie van ouderdomskwalen en heeft daarmee een medische grondslag.

Patiënte, een vrouw tussen 80 en 90 jaar, had allerlei klachten waaronder een verminderde algehele conditie, een lage inspanningstolerantie en ernstige vermoeidheid. Deze klachten werden veroorzaakt door degeneratie als gevolg van hoge ouderdom. Er was sprake van een verminderde hartfunctie waarvoor patiënte medicamenteus werd behandeld. Patiënte leed aan rug- en gewrichtsklachten ten gevolge van osteoporose. Patiënte was al een aantal malen gevallen. Patiënte had veel last van een chronisch tintelen in de handen ondanks het feit dat zij hiervoor een operatie had ondergaan en injecties had gekregen. Ook zag en hoorde patiente slecht. Patiënte wilde geen behandelingen meer ondergaan. Zij gaf aan een goed leven te hebben gehad maar zij wilde niet nog ouder worden en verder aftakelen. Het beangstigde haar dat haar iets zou kunnen gebeuren, zoals een hersenbloeding of een val met breuken als gevolg, waardoor ze controle over haar leven zou verliezen. Patiënte was altijd erg actief

geweest en had veel betekend voor andere mensen. Zij was als gevolg van haar fysieke beperkingen bijna nergens meer toe in staat. Patiënte wilde niet afhankelijk worden en beslist niet in een verpleeghuis opgenomen worden. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. Patiënte was niet somber en had nog gevoel voor humor. Zij was niet depressief. Patiënte had zich aanvankelijk voorbereid op suïcide. Zij was wel bang dat dit zou mislukken. De arts vond het niet menswaardig dat patiënte dit alleen zou moeten uitvoeren.
Patiënte omschreef in haar schriftelijke wilsverklaring haar dagelijkse bezigheden en zij gaf daarbij aan hoeveel moeite en inspanning die haar kostten. Zij voelde zich doodmoe en zij schreef dat zij op deze manier niet meer wilde leven. Enkele maanden voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de hulp bij zelfdoding verzocht.

De commissie had behoefte aan een nadere toelichting over de medische grondslag van het lijden van patiënte door de arts en de consulent. Ook wilde commissie met de arts en consulent spreken over de onderbouwing van de invoelbaarheid van de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden. Gezien deze vragen werden de arts en de consulent uitgenodigd voor het geven van een mondelinge toelichting.
De arts gaf de volgende mondelinge toelichting. Patiënte sprak al over haar lijden als gevolg van ouderdomsklachten sinds 2009. Patiënte had haar vader door ouderdomsklachten zien aftakelen. Zo wilde zij het niet. Zij probeerde aanvankelijk zo goed mogelijk met haar klachten te leven. Patiënte was niet depressief of somber en probeerde nog van alles maar was door lichamelijke aftakeling tot steeds minder in staat. Zij zag en hoorde slecht en was na de geringste activiteit extreem vermoeid. Zij was bang om te vallen. Zij vreesde als gevolg daarvan haar autonomie te verliezen. Patiënte overwoog suïcide en had daarvoor al voorbereidingen getroffen. Zij had door haar zelf bestelde dodelijke medicatie die zij had laten testen op werkzaamheid, in huis. De arts was van het voornemen van patiënte op de hoogte. De arts vond het lijden van patiënt authentiek maar dacht dat euthanasie onder deze omstandigheden wettelijk gezien niet mocht. In 2011 verscheen het standpunt van de KNMG 'De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde'. Hierin staat dat er sprake kan zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden in de zin van de wet (WTL) door een stapeling van ouderdomsklachten, inclusief functieverlies, die zorgen voor een toenemende aftakeling. Er moet dan wel sprake zijn van een medische grondslag, een conditie die als ziekte of combinatie van ziekten/klachten kan worden aangemerkt. Door deze richtlijn werd het de arts duidelijk dat uitvoering van euthanasie in een casus als de onderhavige wel tot de toegestane mogelijkheden behoorde. De arts wilde uiteraard ook zelf het gevoel hebben dat hij er goed aan deed om euthanasie toe te passen bij patiënte. Geleidelijk ontstond bij hem het begrip dat het lijden door toenemende fysieke klachten en beperkingen als gevolg van een combinatie van ouderdomskwalen voor patiënte ondraaglijk was. Hij had wel onderzocht of er nog alternatieven waren om het leven van patiënte prettiger te maken. Maar tegen de vermoeidheid en het dreigende verlies van autonomie was niets te doen.
De consulent gaf de volgende toelichting. Tijdens het bezoek van de consulent benoemde patiënte haar beperkte lichamelijk functioneren als eerste. Zij vertelde dat zij slecht zag en hoorde en dat zij als gevolg van hartfalen doodmoe werd van de geringste activiteit. Patiënte was altijd een autonoom en onafhankelijk persoon geweest. Het steeds minder kunnen functioneren had een heel zware lading voor patiënte. Zij had ook de lichamelijke aftakeling van haar vader meegemaakt en zij was vastbesloten om een dergelijke weg niet af te leggen. Patiente was blij dat de arts zich uiteindelijk bereid verklaarde om euthanasie uit te voeren. De consulent vond het lijden van patiënte invoelbaar ondraaglijk omdat patiënte uitgebreid aangaf hoe moeizaam zij haar leven moest leiden als gevolg van alle lichamelijke beperkingen. Voor deze progressieve ouderdomsklachten bestond geen oplossing.

De commissie kwam na lezing van het dossier en na de gesprekken met de arts en de consulent tot de conclusie dat het lijden van patiënte werd veroorzaakt door een combinatie van verschillende aandoeningen als gevolg van hoge ouderdom die een toenemende aftakeling

veroorzaakte. Deze ouderdomskwalen, zoals ernstige vermoeidheid door een slechter functionerend hart, achteruitgang van gehoor en zicht, en de reële angst voor fracturen bij een eventuele val, worden gerekend tot het medische domein. Patiënte kon als gevolg van functieverlies en toenemende afhankelijkheid, gelet op haar levensgeschiedenis en haar eigen waarden, geen betekenis meer geven aan haar bestaan. Het leven op deze manier ging haar draagkracht te boven. De arts heeft voor de commissie voldoende aannemelijk gemaakt dat het lijden van patiënte voor hem invoelbaar ondraaglijk was. Passende interventies ofwel redelijke alternatieven waren niet meer voorhanden.

Dementie

Hiervoor werd in de paragraaf over het *vrijwillig en weloverwogen verzoek* al aangeven dat in het algemeen veel aandacht van de arts is geboden bij een euthanasiewens van patiënten in een proces van dementering. Op het aspect van de *wilsbekwaamheid* is in het voorgaande reeds ingegaan.
Daarnaast is bij patiënten met dementie in het bijzonder de vraag aan de orde of er sprake is van ondraaglijk lijden. De ondraaglijkheid van hun lijden bestaat veelal uit hun beleving van de bestaande, zich reeds voltrekkende aftakeling van hun persoonlijkheid, functies en vaardigheden, in het besef dat dit proces alleen maar zal voortschrijden en op den duur zal leiden tot alomvattende afhankelijkheid en een totaal zelfverlies. Wanneer een patiënt (de gevolgen van) zijn ziekte ervaart en zich bewust is van de vooruitzichten daarvan, kan een grote, actuele lijdensdruk ontstaan. Daarnaast leidt de reële inschatting van het te verwachten verloop van een verdere achteruitgang tot "angst voor toekomstig lijden". De specifieke omstandigheden van de situatie bepalen of voor de arts invoelbaar is dat de patiënt ondraaglijk lijdt.
Omdat beide aspecten, namelijk *vrijwilligheid* en *weloverwogenheid* van het verzoek en *uitzichtloosheid* en *ondraaglijkheid* van het lijden, in geval van dementie nauw samenhangen zijn voorbeelden van dergelijke casus (3 en 4) hiervoor opgenomen in paragraaf *Dementie* onder **a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek.**

Psychiatrische ziekte of stoornis

Dat bij een doodswens van patiënten met een psychiatrische ziekte of stoornis veel aandacht van de arts is geboden, is eerder in dit verslag reeds besproken. Naast het aspect van de wilsbekwaamheid, de vraag of de patiënt in staat kan worden geacht zijn verzoek *vrijwillig* en *weloverwogen* te doen, vormt de vraag of het door patiënt als ondraaglijk ervaren lijden als *uitzichtloos* kan worden aangemerkt een punt van aandacht. In de hieronder vermelde twee casus wordt dit geïllustreerd.

Casus 8

Oordeel: zorgvuldig
Samenvatting: patiënte was al meer dan dertig jaar zonder resultaat behandeld voor ernstige, recidiverende depressies. De arts heeft voldoende aannemelijk gemaakt, dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en dat er geen redelijke andere oplossing meer was.

Patiënte, een vrouw tussen 70 en 80 jaar, kende sinds meer dan dertig jaar periodes van ernstig recidiverende depressies. Gedurende deze periode is zij voornamelijk ambulant begeleid geweest. Ook is zij enkele malen opgenomen geweest voor uitgebreide (medicamenteuze) behandelingen, met een (zeer) beperkt resultaat. De behandelingen hebben haar nooit echt of voor langere duur uit de depressies geholpen. Nieuwe behandelopties, waaronder de mogelijkheid van electroconvulsietherapie (ECT), werden door patiënte geweigerd. Patiënte wilde niet meer opgenomen worden in verband met eerder door haar opgedane traumatische ervaringen. Patiënte was bang dat het wijzigen van medicatie een negatief effect zou sorteren op haar depressie. Op sommige middelen had patiënte psychotisch gereageerd. Meerdere malen - de laatste keer was een maand voor overlijden - heeft zij geprobeerd zelf een einde aan haar leven te maken. De lichamelijke conditie van patiënte was de laatste tijd achteruitgegaan. Twee weken voor overlijden was patiënte gestopt met eten en drinken om te versterven. Op advies van de arts was zij weer begonnen met eten en drinken om helder te zijn voor het gesprek met de psychiater.

Het lijden van patiënte bestond vooral uit geestelijk lijden voortvloeiend uit een chronische depressie. Ook leed zij onder afgenomen concentratievermogen, waardoor zij niet meer kon genieten van literatuur,muziek en lezen. Verder had patiënte haar binding met haar omgeving en haar sociale contacten verloren en was er sprake van fysieke achteruitgang gepaard gaande met beperkte mobiliteit, ernstige vermoeidheid, lusteloosheid, ontbreken van eetlust, pijnlijke handgewrichten en verlies van autonomie. Zij had nog wel goed contact met haar familie. Patiënte kon en wilde niet verder leven.
Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren voor patiente geen aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Patiënte had eerder met de arts over euthanasie gesproken. Patiënte had een jarenlang bestaande doodswens. Een maand voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.
Op verzoek van de arts had een onafhankelijk psychiater twee weken voor overlijden onderzoek gedaan naar de aanwezigheid van een psychiatrisch toestandsbeeld, mogelijke behandelopties, prognose en de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar verzoek. Na onderzoek concludeerde de psychiater dat bij patiënte een depressieve stoornis aanwezig was die niet behandelbaar was gebleken. De psychiater was niet overtuigd dat resterende behandelopties voor patiënte acceptabele resultaten zouden opleveren. De psychiater twijfelde over de meerwaarde van een gedwongen opname. De psychiater kon niet uitsluiten dat het verzoek werd ingegeven door de depressie. Desondanks kon patiënte de consequenties van haar handelen en besluiten overzien. De psychiater concludeerde dat ziektebesef en ziekte-inzicht aanwezig waren en dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek.
De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiente enkele dagen voor de levensbeëindiging. De consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte.
Er was sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Patiënte had een duidelijke doodswens. Zij had goed over haar situatie en haar wens nagedacht. Zij had een realistisch beeld van de psychiatrische (on)mogelijkheden om haar te behandelen. De consulent vond haar oordeelsbekwaam.
De jarenlange moeilijk te bestrijden depressies zonder vooruitzicht dat deze situatie ooit zou verbeteren in combinatie met de lichamelijke achteruitgang met toenemende afhankelijkheid maakte dat patiënte haar lijden als ondraaglijk ervoer.
De consulent was overtuigd van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden.
In haar verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie overweegt ten aanzien van de vraag of de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van *uitzichtloos* lijden en dat er *geen redelijke andere oplossing* was het volgende. Patiënte was twee weken voor overlijden onderzocht door een psychiater. De psychiater stelde vast dat patiënte sinds jaren antidepressiva gebruikte, maar dat zij ook met een adequate dosering van antidepressiva telkens in een depressie raakte. De psychiater stelde vast dat patiënte zich zou verzetten tegen een verandering in medicatie en dat de mogelijkheid van een ECT onderzoek niet bespreekbaar was. Daarbij tekende de psychiater aan dat hij, gelet op de psychiatrische voorgeschiedenis en de achteruitgang van haar lichamelijke conditie, niet overtuigd was dat resterende behandelopties, inclusief gedwongen opname, voor patiënte acceptabele resultaten zouden opleveren.
Voor de commissie is genoegzaam vast komen te staan dat er sprake was van uitzichtloos lijden en dat de arts met patiënte tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

De commissie overweegt ten aanzien van het *ondraaglijk* lijden het volgende. Gedurende meer dan dertig jaar was patiënte (voornamelijk ambulant) behandeld geweest voor haar

depressies, zonder het gewenste resultaat. Deze chronische depressie veroorzaakte geestelijk lijden. Daarnaast deed zich bij patiënte lichamelijke achteruitgang voor, waarbij zij leed onder beperkte mobiliteit, ernstige vermoeidheid, lusteloosheid, geen eetlust, pijnlijke handgewrichten en verlies van autonomie. Patiënte verloor de binding met haar sociale omgeving en kon niet meer genieten van activiteiten die haar voorheen nog plezier brachten.
De commissie concludeert dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van ondraaglijk lijden.

Casus 9

Oordeel: zorgvuldig
Samenvatting: patiënte leed al vele jaren aan een chronische waanstoornis gepaard gaande met ernstige depressieve episoden, waarvoor zij allerlei behandelingen had ondergaan, die geen verbetering hadden gebracht. De arts (zelf psychiater) heeft naast de onafhankelijk consulent (geen psychiater) geen andere psychiater als consulent geraadpleegd, zulks in afwijking van de Richtlijn hulp bij zelfdoding van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. De arts heeft niettemin aannemelijk gemaakt, dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en dat er geen redelijke andere oplossing was.

Bij patiënte, een vrouw tussen de 60 en 70 jaar, openbaarden zich in 1970 de eerste tekenen van een ernstige psychiatrische aandoening. Deze aandoening is jaren wisselend benoemd. Vanaf 2004 werd steeds gesproken over een schizo-affectieve stoornis van het depressieve type. Het ziektebeeld werd gekenmerkt door een chronische waanstoornis (sinds 1980). Binnen het ziektebeeld was tevens sprake van ernstige tot zeer ernstige depressieve episoden. De waanstoornis betrof een bizarre somatische waan. Ondanks uitputtende behandelingen met verschillende anti-psychotica was patiënte niet in staat om die waan weg te krijgen. De depressieve episoden werden gekenmerkt door melancholie met duidelijk vitale kenmerken en drang tot zelfdoding met meerdere pogingen. De stemmingsstoornis werd behandeld met meerdere antidepressiva en met meer dan 100 ECT sessies. Deze behandelingen gaven slechts tijdelijk verbetering. De onderhoudsbehandeling moest uiteindelijk worden gestopt door een toename van geheugen -en inprentingklachten. Eind 2010 werd een second opinion aangevraagd in een academisch ziekenhuis. Op basis van somatisch en psychiatrisch onderzoek werd bevestigd dat er geen realistische behandelopties meer voor patiënte bestonden. Het lijden van patiënte bestond uit de permanente marteling die ze ervoer vanwege die somatische waan. Verder leed zij onder depressies die haar de laatste reeks van jaren beletten zich buiten het psychiatrisch ziekenhuis te kunnen handhaven en een steeds terugkerende drang haar leven te beëindigen. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk.
Behalve de al genomen palliatieve maatregelen waren er geen voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Patiënte wees ‘deep brain stimulation’ af. Zij kon en wilde de extra belasting niet meer verdragen na alle behandelingen die zij in de afgelopen jaren had geprobeerd.
Patiënte heeft met haar behandelend psychiater gedurende de laatste drie jaar van haar leven regelmatig over levensbeëindiging gesproken. De behandelend psychiater zag voor zichzelf geen mogelijkheid om op haar verzoek in te gaan. Via de ledenondersteuningsdienst van de NVVE is contact gelegd met de arts. De arts heeft zich uitvoerig over patiënte laten informeren door de behandelende psychiater en heeft eerst onderzocht of patiënte door psychiaters in haar eigen regio kon worden begeleid in haar euthanasiewens. Tevens is contact gelegd met de huisarts van patiënte. Toen vanuit de regio geen hulp geboden kon worden heeft de arts het uitvoerige medisch dossier doorgenomen en besloten contact met patiënte op te nemen.

Twee maanden voor het overlijden heeft patiënte voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken en hem sindsdien diverse malen om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeeindiging verzocht omdat zij op menswaardige wijze wilde sterven.
Volgens de arts bleef patiënte ondanks de chronische waanstoornis en wisselende ernst van de depressieve episoden zeer goed in staat om te spreken over haar ziekte en over alle behandelingen die zij had ondergaan evenals de vele zelfdodingpogingen die zij uit wanhoop had ondernomen. Vanaf 2007 was bij patiënte het besef gegroeid dat behandelingen geen verbetering meer brachten. Vanaf 2009 was daaruit bij haar het besluit ontstaan om daadwerkelijk om levensbeëindiging te verzoeken. Familieleden van patiënte waren verdrietig over haar keuze maar respecteerden deze.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke specialist (geen psychiater), tevens SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte circa twee weken voor de levensbeëindiging, na door de arts te zijn geïnformeerd en na inzage van de relevante medische documentatie. Volgens de consulent was patiënte tijdens het gesprek helder en kon zij haar ziektegeschiedenis goed onder woorden brengen. Zij herhaalde meerdere keren haar dringende wens tot euthanasie. Het gesprek verliep rustig. Patiënte was soms emotioneel, met name wanneer zij inging op haar niet aflatende lijden dat zij als uitzichtloos en ondraaglijk ervoer. In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van zijn gesprek met patiënte tot de onvoorwaardelijke conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie had bij de behandeling van de melding nog enkele vragen, vooral ten aanzien van de consultatie en de uitzichtloosheid van het lijden. Zij verzocht de arts een en ander nader toe te lichten.
Volgens de arts leed patiënte aan een ernstige psychiatrische stoornis in verband waarmee zij al jaren een persisterende doodswens had. Om behandelmogelijkheden te evalueren en de lijdensdruk te toetsen was patiënte uitputtend onderzocht in een academisch ziekenhuis. De arts had overwogen nog een second opinion aan te vragen overeenkomstig de Richtlijn hulp bij zelfdoding van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Omdat de behandelend psychiater van patiënte circa één jaar voor haar overlijden al een second opinion had aangevraagd en de situatie van patiënte sindsdien niet was veranderd, had hij besloten hiervan af te zien. Patiënte was wilsbekwaam.
De arts bevestigde dat patiënte in het verleden aan alle mogelijke behandelingen hoop had ontleend. Als een van de theoretisch nog resterende behandelingsmogelijkheden was ook deep brain stimulation ter sprake geweest. Deze behandeling is nog in de experimentele fase en bovendien voor andere indicaties dan de diagnose van patiënte. Patiënte was hierover voorgelicht en wees deze behandeling persisterend af.

De commissie acht het in het geval van euthanasie bij een psychiatrische patiënt van groot belang dat een arts - overeenkomstig de Richtlijn hulp bij zelfdoding van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie- naast de onafhankelijke consulent een of meer artsen, onder wie bij voorkeur een psychiater, raadpleegt, die een deskundig oordeel kunnen geven ten aanzien van onder andere de wilsbekwaamheid van patiënt en de uitzichtloosheid van het lijden.
In onderhavige casus heeft de arts mondeling te kennen gegeven goed op de hoogte te zijn van deze richtlijn. Verder heeft de arts toegelicht dat hij het consulteren van een onafhankelijke psychiater heeft overwogen, maar had besloten daarvan af te zien aangezien de behandelend psychiater van patiënte circa één jaar voor haar overlijden al een second opinion had aangevraagd en de situatie van patiënte sindsdien niet was veranderd.
De arts heeft zich in zijn verslaglegging uitvoerig verantwoord voor zijn beslissing hulp bij zelfdoding te verlenen. Zijn schriftelijke aantekeningen en de mondelinge toelichting daarop hebben de commissie overtuigd dat hij daarbij zeer behoedzaam te werk is gegaan. Zo heeft de arts - voordat hij de behandeling van de patiënte overnam in verband met haar verzoek om hulp bij zelfdoding - zich uitgebreid laten informeren over haar situatie, zowel door de

psychiater van de instelling waar zij al vele jaren in behandeling was als door haar huisarts. De arts heeft zich vervolgens verdiept in haar medisch dossier en onder meer kennis genomen van de uitkomst van de second opinion die door de behandelend psychiater van patiënte eind 2010 was aangevraagd. Nu de situatie van patiënte zich sindsdien niet had gewijzigd, is de commissie van mening dat de arts - naast het raadplegen van een onafhankelijke SCEN consulent- kon volstaan met het kennis nemen van de rapportage van de geconsulteerde onafhankelijke psychiater en dat op hem niet de verplichting rustte daarnaast ook zelf alsnog een onafhankelijke psychiater te raadplegen.

Coma en verlaagd bewustzijn (niet zijnde coma)

Lijden veronderstelt de aanwezigheid van bewustzijn. Verkeert een patiënt in coma, dat wil zeggen een toestand waarin het bewustzijn geheel en al ontbreekt, dan kan hij geen lijden ervaren. In die situatie kan euthanasie niet plaatsvinden.
Op dit uitgangspunt is de volgende uitzondering mogelijk. Anders dan een coma dat door ziekte of daarbij optredende complicaties (spontaan) is ontstaan kan een coma ook het gevolg zijn van medisch handelen (het toedienen van medicatie voor pijn- of symptoombestrijding); een dergelijk coma is daarom in principe omkeerbaar (reversibel). In deze laatstgenoemde situatie kan uitvoering van euthanasie wel gerechtvaardigd zijn. Het wordt dan inhumaan geacht de patiënt uit dit reversibel coma te laten ontwaken met het doel hem zijn ondraaglijk lijden, ter bestrijding waarvan genoemde medicatie nu juist was toegediend, opnieuw te laten bevestigen.
Komt een patiënt spontaan, dan wel door het toedienen van medicatie voor pijn- of symptoombestrijding in een toestand van verlaagd bewustzijn (niet zijnde coma, waar bewustzijn geheel ontbreekt) te verkeren, dan is het niet uitgesloten dat hij (ondraaglijk) lijdt. De arts kan aan de hand van reacties van de patiënt tot de overtuiging komen dat dit het geval is. De Glasgow Coma Scale kan een goed handvat bieden om de mate van bewustzijnsverlaging (en daarmee mogelijk lijden) te bepalen, respectievelijk het coma vast te stellen.

Richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn

De door de KNMG in juni 2010 gepubliceerde richtlijn “Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn” is bedoeld voor de zeer specifieke situatie dat de patiënt spontaan, dan wel onbedoeld t.g.v. medicatie ter bestrijding van pijn/benauwdheid, in een toestand van verlaagd bewustzijn geraakt op het moment dat arts als het ware al geheel “in de startblokken staat” om tot uitvoering van de euthanasie over te gaan. De *consultatie* moet dan ook al hebben plaatsgevonden. Op grond van de Richtlijn mag de arts dan tot uitvoering overgaan indien de patiënt nog (ondraaglijk) lijden kan ervaren, te bepalen aan de hand van de Glasgow Coma Scale (GCS). Ook mag de arts tot uitvoering overgaan als de patiënt *onbedoeld* in coma is geraakt ten gevolge van medicatie ter bestrijding van pijn/benauwdheid; dit reversibel coma hoeft, ook al kan de patiënt op dat moment geen lijden ervaren, niet te worden opgeheven teneinde hem zijn ondraaglijk lijden te laten bevestigen.
In deze door de Richtlijn beoogde situaties is het opnieuw raadplegen van een consulent niet nodig en, hoewel de patient ten tijde van de uitvoering van de euthanasie niet meer in staat is zijn wil te uiten, is de aanwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring niet vereist.

Richtlijn niet van toepassing
Euthanasie op basis van schriftelijke wilsverklaring

Ook in situaties waarop de richtlijn niet van toepassing is kan een arts op grond van artikel 2, lid 2 WTL gevolg geven aan het -in een schriftelijke wilsverklaring gedaan- euthanasieverzoek van een patiënt die niet in staat is zijn wil te uiten, omdat hij zich in een toestand van verlaagd bewustzijn bevindt of in een reversibel coma is gebracht.
Het kan immers zijn dat de toestand van de patiënt plotseling verslechtert waardoor hij spontaan in een toestand van verlaagd bewustzijn geraakt, terwijl er nog *geen* onafhankelijke *consulent* is geraadpleegd. Ook kan de omstandigheid zich voordoen dat de toestand van de patiënt plotseling zodanig verslechtert dat de arts hem medicatie ter bestrijding van pijn en/of benauwdheid moet toedienen, waardoor hij in toestand van verlaagd bewustzijn, resp. een reversibel coma wordt gebracht, terwijl er nog *geen* onafhankelijke *consulent* is geraadpleegd. In beide gevallen is de zojuist genoemde richtlijn *niet* van toepassing. In beide gevallen kan de consulent aan de hand van de schriftelijke wilsverklaring vaststellen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen euthanasieverzoek van de patiënt. Op grond van eigen waarneming (de patiënt zien), informatie en het dossier van de arts en (eventueel) de informatie van de naasten van de patiënt kan de consulent zich een oordeel vormen over het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Ook dan kan de Glasgow Coma Scale een goed handvat bieden om de mate van bewustzijnsverlaging (en daarmee mogelijk lijden) te bepalen, respectievelijk het coma vast te stellen.
Is er sprake van een reversibel coma dan wordt het ook in deze situatie inhumaan geacht de patiënt eerst uit dit coma te laten ontwaken met het doel hem tegenover de consulent zijn ondraaglijk lijden te laten bevestigen.

Euthanasie bij patiënten in een toestand van verlaagd bewustzijn leidt bij de commissies in het algemeen tot vragen. De commissies gaan dan de specifieke feiten en omstandigheden na. Op basis daarvan kan een commissie in een dergelijke casus tot het oordeel komen dat overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen is gehandeld, zie casus 15.

Palliatieve sedatie

Palliatieve sedatie wordt beschouwd als normaal medisch handelen, waarop de WTL dan ook niet van toepassing is. Bij palliatieve sedatie wordt het bewustzijn van een patiënt opzettelijk verlaagd om zo in de laatste levensfase het onbehandelbare lijden weg te nemen. Palliatieve sedatie kan alleen worden toegepast als het overlijden binnen twee weken is te verwachten.[5] Er zijn patiënten die palliatieve sedatie uitdrukkelijk afwijzen en aangeven tot het einde toe bij bewustzijn te willen blijven. In dat geval kunnen arts en patiënt dan ook tot de overtuiging komen dat palliatieve sedatie geen redelijke alternatief is voor de door de patiënt gewenste euthanasie. De mogelijkheid van palliatieve sedatie betekent dus dat de vraag om euthanasie daarmee niet altijd wordt weggenomen.
Ook komt het voor dat een patiënt een conditioneel euthanasieverzoek doet. Hierbij wordt in eerste instantie palliatieve sedatie ingezet, maar wordt afgesproken dat euthanasie alsnog wordt uitgevoerd als zich bepaalde omstandigheden voordoen. Bij deze omstandigheden valt te denken aan de situatie dat het overlijden langer dan door patiënt gewenst op zich laat wachten en/of de patiënt, ondanks het verlagen van zijn bewustzijn, nog tekenen van lijden vertoont, hetgeen deze zijn naasten wil besparen, dan wel door hem in strijd wordt geacht met zijn wens waardig te mogen sterven.
De commissies achten het van groot belang dat de patiënt zelf van tevoren aan de arts uitdrukkelijk de omstandigheden aangeeft waaronder hij wenst dat zijn euthanasieverzoek alsnog wordt ingewilligd.

c. Voorlichting aan de patiënt

De arts heeft de patiënt voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten.

In het kader van deze zorgvuldigheidseis beoordelen de commissies of de arts of andere behandelende artsen de patiënt hebben voorgelicht over zijn ziekte en vooruitzichten en op welke manier dat is gebeurd.
Voor een weloverwogen verzoek van de patiënt is noodzakelijk dat hij voldoende inzicht heeft in zijn ziekte, de gestelde diagnoses, behandelmogelijkheden en prognoses.
Het is de verantwoordelijkheid van de arts erop toe te zien dat de patiënt volledig is geïnformeerd. Hij moet dat ook actief verifiëren. Deze zorgvuldigheidseis leidde in geen van de meldingen tot discussie bij de commissies.

d. Geen redelijke andere oplossing

De arts is met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

Het moet duidelijk zijn dat er voor het lijden van de patiënt geen andere reële uitweg meer is en dat levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding bij deze patiënt als enige oplossing is overgebleven om het lijden weg te nemen.
Voorop staat de zorg voor en de behandeling van de patiënt en het beperken en zoveel mogelijk wegnemen van het lijden, ook als blijkt dat er geen genezing meer mogelijk is of de patiënt geen (verdere) therapie wenst.
Het bieden van goede (palliatieve) zorg staat centraal bij beslissingen rond het levenseinde. Dat wil niet zeggen dat de patiënt iedere mogelijke (palliatieve) behandeling moet benutten. Ook een patiënt die verkeert in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden mag (palliatieve) behandeling of verzorging weigeren.
Bij een dergelijke weigering kan onder andere een rol spelen dat sommige (palliatieve) behandelingen bijwerkingen hebben die voor deze patiënt moeilijk te verdragen en/of niet aanvaardbaar zijn. Zo zijn er bijvoorbeeld patiënten die niet suf willen worden en het bewustzijn niet willen verliezen en daarom geen hogere doses (morfine) willen. De arts moet de patiënt dan goede voorlichting geven en met hem bespreken of deze angst terecht is.
Ook kan het geven van (sommige vormen van) verdere zorg voor deze patiënt moeilijk te verdragen en/of niet aanvaardbaar zijn.
Het positieve effect van de behandeling of zorg weegt dan voor hem niet op tegen de nadelen ervan.
Het weigeren van (palliatieve) behandeling of van verzorging is een belangrijk onderwerp van gesprek tussen arts en patiënt. Van de arts wordt verwacht dat hij in de verslaglegging ten behoeve van de beoordeling door de commissie, aangeeft waarom voor deze patiënt eventuele andere oplossingen niet redelijk of niet aanvaardbaar waren. Casus 10 is een voorbeeld van een melding waarin de arts tot de overtuiging kon komen dat de alternatieven voor deze specifieke patiënte niet redelijk waren. Zie ook casus 5, besproken onder ondraaglijk lijden, voor een voorbeeld waarin andere oplossingen inmiddels waren uitgeput. Casus 6, die eveneens is besproken onder ondraaglijk lijden, is een voorbeeld van een melding waarin de arts niet tot de overtuiging kon komen dat er geen redelijke alternatieven waren.

5: KNMG-richtlijn palliatieve sedatie 2009

Casus 10

Oordeel: zorgvuldig
Samenvatting: arts kon tot de overtuiging komen dat alternatieven zoals medicatie, het bieden van structuur en opname in een verpleeghuis voor deze specifieke patiënte niet redelijk waren.

Bij patiënte, een vrouw tussen 80 en 90 jaar, werd bij al langer bestaande geheugenklachten, zes weken voor overlijden de ziekte van Alzheimer gediagnosticeerd. Genezing was niet meer mogelijk. Patiënte functioneerde nog redelijk, maar vond het idee steeds meer te moeten inleveren ondraaglijk. De aftakeling die haar te wachten stond, was voor patiënte een spookbeeld. Patiënte wilde onder geen enkele voorwaarde opgenomen worden in een verpleegtehuis. Het lijden van patiënte bestond uit geheugenklachten en het zekere vooruitzicht psychisch af te takelen, haar zelfstandigheid te verliezen en toenemend hulpbehoevend te worden. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er bestonden geen voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Patiënte heeft in de jaren voorafgaand aan haar overlijden regelmatig met de arts gesproken over haar euthanasiewens op het moment dat zij niet meer zelfstandig zou kunnen functioneren. Na het bekend worden van de diagnose heeft patiënte onmiddellijk de arts concreet om euthanasie verzocht. Zij wilde geen enkel risico lopen dat zij niet meer in staat zou zijn haar wil te bepalen en haar euthanasiewens te uiten. Zij was bang dat het dan te laat zou zijn voor euthanasie. De arts en patiënte hebben meerdere gesprekken hierover gevoerd. Een week voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De behandelend geriater was van mening dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasiewens.

Het was de commissie bij de behandeling van de melding opgevallen dat de levensbeëindiging van patiënte kort na het bekend worden van de diagnose was uitgevoerd. De commissie vroeg zich onder andere af waarom de arts overtuigd was dat patiënte ondraaglijk leed. Bovendien wilde de commissie van de arts horen welke alternatieven hij met patiënte had besproken. De commissie nodigde de arts uit op de commissievergadering.
De arts gaf de volgende toelichting. De behandelend geriater van patiënte vertelde haar zes weken voor overlijden, na voorafgaand onderzoek, dat haar geheugenklachten waren geduid als tekenen van de ziekte van Alzheimer. Patiënte was in 2005 ook al eens getest, maar toen kon geen geheugenproblematiek worden vastgesteld. De echtgenoot van patiënte was op dat moment aan het dementeren en patiënte was bang om hetzelfde te moeten meemaken. Sinds die tijd had de diagnose van de ziekte van Alzheimer als een zwaard van Damocles boven patiente gehangen. Patiënte gaf direct na het horen van de diagnose zowel tegenover de geriater als haar huisarts aan dat zij, nu zij wist wat haar mankeerde, zo snel mogelijk euthanasie wenste. Patiënte was heel resoluut en stellig en wilde zelfs haar verjaardag, die al snel zou plaatsvinden, niet afwachten. De kern van het lijden van patiënte werd gevormd door het besef dat zij op termijn afhankelijk zou worden. Patiënte had al jarenlang bij elk consult aangegeven dat zij niet afhankelijk wilde worden als gevolg van de ziekte van Alzheimer. Datgene waar patiënte zo lang bang voor was geweest, dreigde nu werkelijkheid te worden. Zij was nu al duidelijk zichtbaar gefrustreerd en geïrriteerd door haar cognitieve problematiek. Patiënte wilde toekomstig ernstiger lijden vóór zijn. Patiënte wilde het moment niet afwachten dat zij nog meer klachten zou ervaren en ook niet het risico lopen dat zij door snelle achteruitgang wilsonbekwaam zou worden. De arts vond het verzoek van patiënte gezien haar persoonlijkheid invoelbaar. Patiënte was heel zeker van haar zaak, maar niet dwingend. De arts voelde zich niet door haar onder druk gezet. Patiënte had misschien een kokervisie maar de geriater had vastgesteld dat geen sprake was van een psychiatrische stoornis.
Wat mogelijke alternatieven betreft vertelde de arts dat patiënte absoluut geen palliatieve behandelingen meer wilde ondergaan. Zij wilde geen medicatie en niet opgenomen worden

in een verpleeghuis. De arts heeft niet aangeboden om bijvoorbeeld maandelijks bij patiënte langs te komen om het proces te monitoren, zoals door de consulent was gesuggereerd, omdat hij wist dat een dergelijk voorstel voor patiënte onbespreekbaar was. Het kostte al heel wat overredingskracht om patiënte nog vijf weken te laten wachten op de euthanasie. De arts kon niet zeggen of hij bij een eventuele volgende patiënt met de ziekte van Alzheimer meer op zijn strepen zou gaan staan met het bespreken van redelijk alternatieven omdat individuele gevallen moeilijk met elkaar vergelijkbaar zijn.
De commissie nodigde ook de consulent uit om een nadere toelichting te komen geven op de commissievergadering. De commissie vroeg zich onder andere af waarom in de ogen van de consulent het verzoek van patiënte weloverwogen was. De commissie wilde van de consulent horen waarom de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte voor haar invoelbaar was. Bovendien wilde de commissie met de consulent spreken over de palliatieve alternatieven die misschien nog aanwezig waren.
De consulent gaf de volgende mondelinge toelichting. Patiënte was een gedistingeerde vrouw, die altijd zeer zelfstandig was geweest. Sinds 2005 was sprake van geheugenproblemen. Patiënte werd steeds meer vergeetachtig en leefde daardoor al jaren met het spookbeeld van de ziekte van Alzheimer. Sinds het overlijden van haar echtgenoot had patiënte bij elke visite aan de arts aangegeven dat zij niet wilde aftakelen of afhankelijk wilde worden. Het vastgestelde ziektebeeld met het vooruitzicht op verval en afhankelijkheid was voor patiente een nachtmerrie. Dit samen met het reeds bestaande gevoel dat zij de grip aan het kwijt raken was, veroorzaakte bij patiënte een allesomvattende angst en een ondraaglijk lijden, wat tijdens het gesprek voor de consulent invoelbaar was. Eigenlijk was patiënte blij dat er nu een diagnose gesteld was. Door het bekend worden van de diagnose was het voor patiënte klaar en was zij vastbesloten in haar euthanasiewens. De consulent vond het verhaal van patiente, die haar waardigheid niet wilde verliezen, consistent en overtuigend. Het verpleeghuis was voor patiënte een spookbeeld maar de weg daar naar toe ook. Patiënte voelde zich ellendig. Zij was een krachtige, reële vrouw die de standaard voor zichzelf hoog wilde houden. Aan het eind van het gesprek kon de consulent de dementie goed waarnemen. De consulent heeft met patiënte besproken dat het nauwkeurig monitoren van haar toestand in relatie tot haar euthanasiewens tot de mogelijkheden behoorde. Maar de hoogbejaarde patiënte wilde daar niet op ingaan. Zij was vastbesloten dat zij op deze manier niet verder wilde leven. De consulent dacht niet dat de al jaren bestaande angst nog bestreden kon worden.

De commissie heeft zich afgevraagd of er sprake was van redelijke alternatieven en of arts deze voldoende heeft besproken met patiënte. De arts heeft na de diagnose niet voorgesteld om het ziekteproces samen met patiënte nauwkeurig te monitoren door bijvoorbeeld maandelijks met haar te spreken omdat hij ervan overtuigd was dat zij dit niet zou willen. De commissie heeft daarover het volgende overwogen. Patiënte leefde al langer met symptomen van de ziekte van Alzheimer. Zij realiseerde zich dat kennelijk en besprak dat regelmatig met de arts. In die gesprekken zijn palliatieve alternatieven zoals medicatie, het bieden van structuur en opname in een verpleeghuis met patiënte besproken. De consulent heeft de mogelijkheid van monitoren van het ziekteproces na de diagnosestelling wel met patiënte besproken maar zij wees dat uitdrukkelijk af. Het waren voor deze patiënte alle geen redelijke alternatieven, aangezien de ondraaglijkheid van haar lijden werd bepaald door haar voorgeschiedenis en door de angst nog langer te moeten voortleven in het zekere vooruitzicht progressief geestelijk en lichamelijk af te takelen met verder verlies van zelfstandigheid, waardigheid en gevoel van eigenwaarde. Uitstel van de euthanasie zou de duur van dit ondraaglijke lijden alleen maar verlengen. Patiënte wees al deze palliatieve voorstellen dan ook af.
De arts heeft niet aangeboden om het proces maandelijks te monitoren, wetende dat een dergelijk voorstel voor haar onbespreekbaar was, omdat de reële angst voor de toekomst een belangrijk element was van het actueel ondraaglijk lijden van deze patiënte.
De commissie is in het licht van het voorgaande van oordeel dat de arts dit mocht beschouwen als een voor deze patiënte niet redelijk alternatief, zoals ook werd bevestigd door de consulent.

e. Consultatie

De arts heeft ten minste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d.

Vereist is dat een door de arts geraadpleegde consulent, voorafgaande aan de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, de patiënt ziet om te beoordelen of de arts die de levensbeëindiging wil gaan uitvoeren niets over het hoofd heeft gezien in het kader van de zorgvuldigheidseisen. De consulent geeft zelfstandig en onafhankelijk een deskundig oordeel over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d. en doet daarvan schriftelijk verslag. Deze eis geldt ook voor een eventueel tweede of volgende door de arts geraadpleegde consulent.

Een dergelijke raadpleging door de arts van een consulent is bedoeld om een zorgvuldig besluitvormingsproces van de arts te bevorderen. Het door de consulent gegeven consult helpt de arts om na te gaan of (al) aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en helpt hem te reflecteren alvorens hij besluit tot het inwilligen van het verzoek.

Wordt een reeds eerder geconsulteerde consulent opnieuw geraadpleegd dan kan deze consultatie, afhankelijk van de hierna beschreven omstandigheden, ook bestaan uit een telefonisch contact tussen arts en consulent.

Het gaat bij de consultatie om een formeel raadplegen van een tweede arts met een gerichte vraagstelling. Daarbij verstaat de commissie onder 'raadplegen' het kennisnemen van de bevindingen van de consulent en het hiermee samenhangend meewegen van deze bevindingen bij de beoordeling van het verzoek van patiënt tot levensbeëindiging.
De arts moet het oordeel van de consulent zwaar laten wegen. Ten onrechte wordt echter soms verondersteld dat de arts voor het uitvoeren van de euthanasie de "toestemming" behoeft van de consulent (zie casus 6).
Bij verschil van mening tussen arts en consulent is het de arts die uiteindelijk zijn eigen beslissing moet nemen. Het is ook het handelen van de meldend arts dat door de commissies wordt beoordeeld.

Onafhankelijkheid consulent

Een consulent moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de arts als de patiënt. Ook in het Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003 (blz.15) wordt expliciet aangegeven dat de onafhankelijkheid van de geconsulteerde arts moet zijn gewaarborgd.

Onafhankelijkheid ten opzichte van *de arts* betekent dat bijvoorbeeld een praktijkgenoot, een medelid van een maatschap, een arts-assistent van de arts, een familielid of een arts die anderszins in een afhankelijkheidsrelatie staat tot de consult vragende arts in principe niet in aanmerking komt om als formele consulent op te treden. Ook de schijn van niet-onafhankelijkheid dient te worden vermeden (zie casus 13).
De schijn van niet-onafhankelijkheid kan ook ontstaan wanneer dezelfde artsen regelmatig over en weer als uitvoerend arts, dan wel als consulent optreden en op die manier als het ware een vast duo vormen. Daarmee kan een ongewenste situatie ontstaan, omdat er dan terecht twijfel kan bestaan over de onafhankelijkheid. De commissies zijn van mening dat bij de raadpleging door een arts van steeds dezelfde consulent al snel de onafhankelijkheid van het oordeel van de consulent onder druk kan komen te staan.
Het kan voorkomen dat een meldend arts en een consulent elkaar kennen vanuit een privésituatie of uit een intervisiegroep.
Kennis vanuit een privésituatie betekent niet per definitie dat de consulent niet in staat zou zijn om tot een onafhankelijk oordeel te komen, maar kan wel degelijk de schijn van niet-onafhankelijkheid wekken. Bij kennis vanuit een intervisiegroep, een professionele activiteit, hangt het van de omstandigheden in de intervisiegroep af of dit de onafhankelijke beoordeling door de consulent in de weg staat.
Belangrijk is dat arts en consulent zich daarvan bewust zijn en hun mening daarover aan de commissie laten weten.
In verband met de onafhankelijkheid van de consulent is het gebruikelijk en tevens raadzaam om in contact te komen met een SCEN arts via het SCEN- telefoonnummer in de regio.

De onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de *patiënt* houdt onder meer in dat geen onderlinge (familie) relatie of vriendschap bestaat, dat de consulent geen (mede) behandelaar is (geweest) en dat hij patiënt ook niet uit de waarneming kent (zie casus 11).

Wanneer is het opnieuw raadplegen van een consulent noodzakelijk?

De vraag wordt wel gesteld naar de "houdbaarheid" van het consult, d.w.z. de maximaal toegestane periode tussen het bezoek van de consulent aan de patiënt en de uitvoering van de euthanasie. Die vraag laat zich niet in absolute zin eenduidig beantwoorden. Al moet eerder worden gedacht aan een tijdsbestek van enkele weken dan maanden, veel zal afhangen van de bevindingen van de consulent, de al dan niet voorspelbare ontwikkelingen in de toestand van de patiënt na zijn bezoek en dergelijke. Het volgende dient ter illustratie.

Het komt voor dat een consulent tijdens het bezoek aan de

patiënt constateert dat aan één of meer van de eisen (nog) niet wordt voldaan. Voor de commissies is niet altijd duidelijk wat zich in een dergelijk geval na dit consult heeft afgespeeld en zij stellen in dat geval nadere vragen aan de meldend arts. Gedacht kan daarbij worden aan verschillende situaties.

- Indien de consultatie in een vroeg stadium plaatsvindt en de aldus geraadpleegde consulent bij zijn bezoek aan de patiënt vaststelt dat er nog geen sprake is van ondraaglijk lijden en/of een concreet verzoek om uitvoering, dan zal dit in het algemeen betekenen dat een tweede bezoek nodig is.

- Als de consulent heeft aangegeven te verwachten dat er waarschijnlijk op korte termijn wel sprake zal zijn van ondraaglijk lijden en hij eveneens heeft aangegeven waaruit naar zijn mening dat lijden voor de patiënt zal bestaan, is een tweede bezoek aan de patiënt niet noodzakelijk, evenmin als het door de arts (telefonisch) raadplegen van de consulent, indien dit ondraaglijk lijden zich inderdaad op korte termijn voordoet.

- Als de ondraaglijkheid van het lijden voor de consulent wel invoelbaar is, maar de patiënt nog geen concreet verzoek om uitvoering van de euthanasie heeft gedaan, bijvoorbeeld in verband met afscheid van familie, dan is, als het concrete verzoek vervolgens wél wordt gedaan, een tweede bezoek of een (telefonische) raadpleging evenmin noodzakelijk.

Komt de consulent tot de conclusie dat wel aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, maar blijkt er vervolgens sprake van minder voorspelbare ontwikkelingen en/of van een langere tijdsduur tussen zijn bezoek aan de patiënt en het moment van de voorgenomen uitvoering van de euthanasie, dan zal een tweede bezoek van consulent aan de patiënt in beginsel wel nodig zijn (zie casus 14).

Als er vervolgcontact is geweest tussen de arts en de consulent of als de consulent de patiënt nogmaals heeft bezocht, dan moet de arts dat in zijn melding aangeven.

De commissies ontvangen ook meldingen, waarin de consultatie (d.w.z. het raadplegen van de consulent, het bezoek van deze aan de patiënt en het door hem gegeven consult) zeer kort voor het overlijden, soms op de dag zelf, heeft plaatsgevonden. Het is dan raadzaam dat de arts duidelijk aangeeft wanneer en op welke wijze hij van het verslag van de consulent heeft kennisgenomen.

Consultatie bij wilsonbekwame patiënt

De arts dient een onafhankelijke consulent te raadplegen die zijn oordeel moet geven. De consulent dient daartoe de patiënt te *zien* (artikel 2, lid 1 onder e., WTL). De RTE's menen dat onder "normale" omstandigheden de consulent de patiënt niet alleen ziet, maar ook zal spreken.
Er kunnen echter omstandigheden zijn waarin de arts tot uitvoering van de euthanasie wil overgaan bij een patiënt, die niet meer in staat is zijn wil te uiten. Artikel 2, lid 2 WTL, waarin de betekenis van de schriftelijke wilsverklaring wettelijk is verankerd, biedt hem die mogelijkheid.
Indien de consulent de patiënt gedurende het besluitvormingsproces, dat de arts samen met de patiënt heeft doorlopen, nog niet eerder heeft kunnen bezoeken zal hij zich geconfronteerd zien met een patiënt met wie hij (in het geheel) niet of nauwelijks kan communiceren. In de eerder in dit verslag opgenomen passages is reeds stilgestaan bij deze situaties. In de paragrafen die handelen over de *Betekenis van de schriftelijke wilsverklaring bij wilsonbekwaamheid* , *Coma en verlaagd bewustzijn (niet zijnde coma)* en Dementie is ook de positie van de consulent beschreven.
Niet alleen bij verlaagd bewustzijn, respectievelijk coma, ook in een situatie waarin een patiënt alleen nog non-verbaal kan "communiceren" kan uitvoering van euthanasie zeer wel gerechtvaardigd zijn.
De consulent zal in een dergelijke situatie niet meer met de patiënt kunnen spreken. Hij kan aan de hand van de schriftelijke wilsverklaring vaststellen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen euthanasieverzoek van de patiënt en op basis van deze verklaring, informatie en het dossier van de arts en (eventueel) de informatie van de naasten van de patiënt vaststellen dat dit schriftelijk euthanasieverzoek betrekking heeft op de actuele toestand (van uitzichtloos en ondraaglijk lijden) waarin de patiënt zich -inmiddels- bevindt.

Schriftelijke verslaglegging consulent

Voor de beoordeling van de melding is de schriftelijke verslaglegging door de consulent van groot belang. Een verslag waarin melding wordt gemaakt van de toestand waarin de patiënt zich op het moment van het bezoek bevindt en van de manier waarop deze zich -voor zover mogelijk- uit over zijn situatie en zijn wensen, draagt bij aan het verkrijgen van inzicht door de commissie.
De consulent geeft zijn oordeel over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d. Ook is het wenselijk dat de consulent uitdrukkelijk ingaat op zijn relatie tot de arts en tot de patiënt wat betreft zijn onafhankelijkheid.
De consulent draagt verantwoordelijkheid voor de eigen verslaglegging. Dit neemt niet weg dat het de meldend arts is die verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de levensbeeindiging en voor het voldoen aan alle zorgvuldigheidseisen. De arts moet daarom nagaan of het verslag van de consulent van voldoende kwaliteit is en of de consulent daarin zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen a. tot en met d. Zo nodig moet hij de consulent daarop nader bevragen.

SCEN

'Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN)' leidt artsen op tot consulent. In het merendeel van de gevallen wordt als consulent een zogeheten SCEN-arts benaderd via het SCEN telefoonnummer in de regio. De commissies zijn verheugd dat dit tegenwoordig (bijna altijd) ook het geval is wanneer de euthanasie door een specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd. Ook zijn steeds meer specialisten SCEN-arts.

SCEN-artsen hebben ook een rol als het gaat om het verlenen van steun, bijvoorbeeld in de vorm van het geven van advies. Het verlenen van steun kan echter in voorkomende gevallen op gespannen voet komen te staan met het optreden als onafhankelijke consulent, zoals casus 12 laat zien.

De commissies hebben geconstateerd dat nog lang niet alle artsen met de consult verlenende SCEN-arts overleggen over de (wijze van) uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.
Hoewel op grond van artikel 2, lid 1, onderdeel e. WTL van de als onafhankelijke consulent geraadpleegde arts slechts een oordeel over de onderdelen a. tot en met d. wordt gevraagd, staat niets de meldend arts in de weg met deze consulent, veelal een SCEN-arts, de voorgenomen wijze van uitvoering te bespreken.
Het is de commissies opgevallen dat sommige SCEN-artsen zelf de consult vragende arts aanbieden over de uitvoering te adviseren.
Aldus geven zij op een goede manier uitvoering aan de S (Steun).

Casus 11

Oordeel: onzorgvuldig
Samenvatting: arts heeft zelf als tweede arts een niet SCEN-arts benaderd die voorkennis had van de casus en dientengevolge niet onafhankelijk is.

Bij patiënte, een vrouw tussen 80 en 90 jaar, werd in 1999 de ziekte van Parkinson gediagnosticeerd. Vanaf begin 2010 was, ondanks een verblijf van vier maanden in een revalidatiecentrum, sprake van een status na een CVA met verschijnselen zoals dysarthrie en moeilijker lopen. Zij was aan huis gebonden en voelde zich eenzaam. Patiënte had meegemaakt hoe haar moeder als gevolg van de ziekte van Parkinson fysiek volledig afgetakeld was. Zo wilde zij niet eindigen. Het lijden van patiënte werd bepaald door lichamelijke klachten zoals duizeligheid en misselijkheid op een "offday", incontinentie, het gemis van een actief en sociaal leven en het verlies van zingeving aan haar bestaan. De angst voor toekomstig lijden met toenemende afhankelijkheid droeg bij aan het lijden van patiënte. De arts en de behandelende specialisten van patiënte hebben haar voldoende voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten.

Patiënte sprak al jarenlang met haar eigen huisarts over haar euthanasiewens. De huisarts van patiënte wilde niet ingaan op het verzoek van patiënte.
De arts, die is verbonden aan de Stichting Vrijwillig Leven (SVL), werd benaderd door patiente via haar zoon. De arts heeft eerst getracht een bemiddelende rol te spelen tussen patiente en haar huisarts. De huisarts wilde nog steeds niet meewerken aan het verzoek van patiente. De arts zegde na het voeren van verscheidene gesprekken met patiënte toe om haar te helpen bij zelfdoding. Er is een recente schriftelijke wilsverklaring aanwezig. Een door de eigen huisarts geraadpleegde psychiater, die patiënte tweemaal heeft gezien, was van mening dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek. Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënte zich bewust van de strekking van het verzoek en van haar lichamelijke situatie.

De arts raadpleegde als consulent een niet praktiserende huisarts. De consulent was ook verbonden aan de SVL. Deze bezocht patiënte vijf weken voor de levensbeëindiging na over haar geïnformeerd te zijn door de arts en na bestudering van het medisch dossier.
De consulent gaf een samenvatting van de ziektegeschiedenis van patiënte.
Patiënte had gemerkt dat zij haar liefhebberijen zoals schilderen en bridgen niet meer kon uitoefenen. Zij had haar rijbewijs moeten inleveren en was hierdoor meer aan huis gekluis-

terd geraakt. Patiënte had al jaren een euthanasiewens. De consulent was van mening dat patiënte volledig compos mentis was en goed in staat om haar wil kenbaar te maken. Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. Patiënte vreesde verdere achteruitgang door het voortschrijden van de ziekte van Parkinson en zij was ook bang voor een nieuw CVA met nog ingrijpender gevolgen. Patiënte leed onder de gedwongen afhankelijkheid en het gemis van een normaal sociaal leven. De uitzichtloosheid van de situatie droeg bij aan het ondraaglijk lijden. De ondraaglijkheid van het lijden was voor de consulent invoelbaar. De consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie wilde met de arts van gedachten wisselen over de onafhankelijkheid van de consulent.
De arts geeft aan dat hij de casus binnen de SVL met twee andere artsen heeft besproken. In de optiek van de SVL leek aan de zorgvuldigheidseisen te zijn voldaan.
De arts had moeite gedaan om een onafhankelijke arts die niets met SVL te maken had, te raadplegen maar dat was niet gelukt. De arts raadpleegde als consulent een collega-arts die ook actief betrokken is bij de SVL. De consulent was één van de artsen die deel uitmaakte van het groepje van drie waarin de casus al eerder was besproken. Hij had het dossier en brieven toen ook ingezien. Toch was deze consulent in de optiek van de arts onafhankelijk. Hij meende dat vooral een gezagsverhouding afbreuk doet aan de onafhankelijkheid van een consulent. De arts was er van overtuigd dat deze consulent in staat was om een onafhankelijk en objectief oordeel te geven nadat hij patiënte had gesproken.
Hij had niet overwogen om een SCEN-arts uit de regio waarin patiënte woonachtig was te raadplegen omdat hij zelf negatieve ervaringen had met SCEN.
Bij de behandeling van de melding was het de commissie opgevallen dat de consulent geen SCEN-arts was en dat hij gericht was gevraagd door de arts. De arts en consulent zijn beiden verbonden aan de SVL en de consulent was al maanden voor de euthanasie betrokken bij de procedure. Dit deed bij de commissie vragen rijzen over de onafhankelijkheid van de consulent.
De consulent stelde dat hij de arts nauwelijks kende. Alleen via de onderhavige casus hebben zij contact met elkaar gehad.
De consulent had niet het gevoel gehad dat de arts een consulent zocht die op voorhand een positief advies zou geven. De consulent voelde zichzelf 100% onafhankelijk om zijn oordeel te geven. Hoewel de consulent eerder het dossier van patiënte had ingezien, bezocht hij haar zonder dat hij vooringenomen was. Hij wilde patiënte zelf spreken en aan de hand daarvan een mening vormen. Hij was zeker in staat geweest om een negatief advies te geven wanneer in zijn ogen niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie stelt vast dat de arts zich in casu niet tot een SCEN-arts heeft gewend, maar zelf zijn consulent heeft gekozen.
De commissie is van oordeel dat het, óók in bijzondere gevallen waaronder deze casus valt, een arts in beginsel vrij staat om zelf zijn consulent te kiezen.
De commissie is echter in het algemeen van oordeel dat het de voorkeur verdient om een SCEN-arts als consulent te raadplegen omdat de structuur van SCEN is opgezet om een onafhankelijke, deskundige en integere beoordeling in een euthanasieprocedure te waarborgen.
In casu vond de commissie de argumentatie van de arts om geen SCEN-arts als consulent te nemen, niet overtuigend.
Het zelf gericht benaderen van een consulent zal bij de toetsingscommissie altijd leiden tot meer aandacht voor de onafhankelijkheid van de consulent dan wanneer het gaat om een via de SCEN-organisatie willekeurig toegewezen consulent.
De consulent had eerder, in een andere rol dan die van consulent, het (papieren) dossier ingezien en een advies gegeven over de te volgen procedure naar aanleiding van het euthanasieverzoek van patiënte. Vervolgens werd de consulent enkele maanden daarna door de arts geraadpleegd om een oordeel te geven over de zorgvuldigheidseisen.

Hierdoor wordt op zijn minst de schijn van niet- onafhankelijkheid gewekt.
Aangezien de onafhankelijkheid van de consulent juist te allen tijde gewaarborgd dient te zijn, is de commissie van oordeel dat de arts door het raadplegen van een consulent die eerder in een andere hoedanigheid betrokken was bij dezelfde casus, *geen onafhankelijke consulent* heeft geraadpleegd.
De commissie is van oordeel dat hierdoor niet is voldaan aan het vereiste van de onafhankelijke consultatie.

Casus 12

Oordeel: onzorgvuldig
Samenvatting: SCEN-arts neemt deel van de taken van de arts over omdat deze geen ervaring heeft met euthanasie. Steun en Consultatie lopen teveel door elkaar heen. Consulent is niet onafhankelijk.

Bij patiënte, een vrouw tussen 80 en 90 jaar, werd in mei 2011 de ziekte van Alzheimer gediagnosticeerd. Daarnaast was sprake van onbehandelbare pijn in een heup als gevolg van heupoperaties met complicaties en een progressieve visusbeperking. Het dementiële beeld was snel progressief en de cognitieve stoornissen namen toe. Patiënte wilde niet in een aangepaste woonvorm gaan wonen omdat dit haar lijden niet zou veranderen. Patiënte wilde op een waardige manier uit het leven kunnen stappen. Het lijden van patiënte bestond uit de al bestaande geestelijke achteruitgang en steeds meer lichamelijke beperkingen (visueel en motorisch). De te verwachten afname van geestesvermogens met het daarbij behorend verlies van autonomie was voor patiënte onacceptabel. Het huidige lijden en het vooruitzicht op toekomstig lijden waren voor patiënte ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Behalve de al genomen palliatieve maatregelen waren er geen voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. De arts en de specialisten hebben patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten. De arts raadpleegde twee consulenten, waarvan één SCEN-arts. De eerste consulent bezocht patiënte drie keer in de periode van vier maanden tot een week voor de levensbeëindiging en de tweede consulent bezocht patiënte omstreeks een maand voor de levensbeëindiging.
In haar verslag gaf de eerste consulent een samenvatting van de levens- en ziektegeschiedenis van patiënte.
De eerste consulent had, omdat patiënte gewend was om de schijn voor de buitenwereld op te houden, verschillende ontmoetingen nodig om de ernst van het lijden van patiënte in kaart te kunnen brengen. Patiënte was wilsbekwaam. Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. De eerste consulent stelde vast dat het lijden uitzichtloos en voor patiënte ondraaglijk was. De eerste consulent kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De tweede consulent werd voornamelijk geraadpleegd om de wilsbekwaamheid van patiënte te toetsen. Er was geen sprake van een psychiatrische stoornis waardoor het oordeelsvermogen van patiënte was aangetast. De tweede consulent vond patiënte wilsbekwaam ten aanzien van haar euthanasiewens.
Omdat er bij de commissie vragen waren gerezen over de rol van de eerste consulent, nodigde zij de arts uit voor een gesprek. De arts vertelde in het gesprek met de commissie dat patiënte al een jaar onder behandeling van de arts was vanwege cognitieve klachten. De arts stelde uiteindelijk vast dat patiënte leed aan de ziekte van Alzheimer. Tijdens het gesprek waarin de diagnose werd meegedeeld gaf patiënte onmiddellijk aan dat zij dan de zin van het leven niet meer inzag. Zij sprak direct over de mogelijkheid van euthanasie. De arts begreep dat patiënte al langer met de vraag om euthanasie bezig was. Omdat hij wist dat de eerste consulent SCEN-arts was en expertise had op het gebied van dementie, verwees hij

patiënte naar haar. Hij was zelf nooit eerder geconfronteerd met een zo nadrukkelijk en op concrete toepassing geformuleerd euthanasieverzoek. De arts had patiënte de naam en het telefoonnummer van de consulent gegeven met het advies met deze consulent contact op te nemen.
De arts verzocht de consulent vervolgens om in kaart te brengen of er nu of in de toekomst aan de zorgvuldigheidseisen zou zijn voldaan.
De mogelijkheid om patiënte naar haar huisarts te verwijzen was wel overwogen maar dat bleek geen goede optie omdat de huisarts een gewetensbezwaar had. Vervolgens zag de arts patiënte diverse malen op zijn spreekuur. Er gingen enkele maanden voorbij. Na ieder bezoek van de consulent aan patiënte stuurde de consulent een verslag aan de arts.
Voor de arts was het steeds duidelijk geweest dat hij zelf de euthanasie zou uitvoeren. De arts heeft dit ook zo aan de consulent kenbaar gemaakt. De consulent heeft hem gedurende het proces ook nooit voorgesteld dat zij de euthanasie zou uitvoeren.
De arts was zich er niet van bewust dat de euthanasievraag van patiënte door hem zelf had moeten worden geëxploreerd.
De arts schakelde ook op advies van de consulent een sociaal geriater in om de wilsbekwaamheid van patiënte te laten toetsen.
De arts heeft zich steeds laten leiden door hetgeen de consulent aangaf. Uiteindelijk waren de arts en de consulent er samen van overtuigd dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
Patiënte vertelde de consulent op een gegeven moment dat zij een datum ging plannen voor de euthanasie. De consulent heeft toen tegen haar gezegd dat de arts nu moest worden gebeld.
De consulent stuurde vervolgens haar consultatieverslag aan de arts.
De arts heeft niet overwogen nog een andere SCEN-consulent in te schakelen, ook omdat een sociaal geriater patiënte intussen had bezocht.
De arts en de consulent zijn vervolgens samen naar patiënt gegaan. De consulent was als steun voor de arts meegegaan om de procedure te begeleiden.
De arts besprak ook de wijze van uitvoering met patiënte. Tijdens dit gesprek was de consulent slechts op de achtergrond aanwezig.
Vanuit zijn behoefte te delen in de kennis van een ervaren SCEN-consulent heeft de arts ongewild een deel van de leiding over het hele proces uit handen gegeven.
Omdat de huisarts vanwege gewetensbezwaar niet in het proces betrokken was en de consultvrager een specialist was en geen huisarts, raakte de consulent intensiever betrokken bij patiënte dan normaal.
De consulent heeft niet overwogen de arts te adviseren nog een andere SCEN-consulent in te schakelen.

De commissie overweegt wat de consultatie betreft het volgende. Zowel uit de schriftelijke verslaglegging van de arts alsook uit zijn mondelinge toelichting is gebleken dat de arts geen ervaring had met de uitvoering van euthanasie. Omdat hij dit terdege besefte, heeft hij een SCEN-arts ingeschakeld van wie hij wist dat zij ervaring had op het gebied van consultatie bij dementerende patiënten. De arts is bewust afgeweken van de normale gang van zaken rondom het inschakelen van een SCEN-arts nu hij de consulent niet via het SCEN telefoonnummer in de regio heeft ingeschakeld en de patiënte zelf het eerste contact met de SCEN-arts heeft laten leggen. Zijn vraag aan de consulent was of het verzoek van patiënte nu of in de toekomst aan de zorgvuldigheidseisen zou voldoen. De commissie meent dat er op dat moment sprake was van een vraag om steun (de S in SCEN) in het proces.
De consulent heeft patiënte vervolgens driemaal bezocht om het ondraaglijk lijden te exploreren. De commissie stelt vast dat de consulent een deel van de taak van de arts heeft overgenomen. Het was voornamelijk de consulent die patiënte in het euthanasieproces begeleidde. De arts zag patiënte in die periode wel enkele malen op zijn spreekuur, maar dit waren reguliere controles in verband met haar ziektebeeld. De arts heeft vervolgens erg geleund op hetgeen de consulent vaststelde en hem steeds (per mail) meedeelde.

Patiënte verzocht de consulent voor het eerst daadwerkelijk om euthanasie. Op dat moment vertelde de consulent aan patiënte dat de arts dan moest worden ingeschakeld.
De consulent stelde vervolgens een consultatieverslag (de C in SCEN) in het kader van de euthanasieprocedure op en stuurde dat aan de arts. De arts bezocht patiënte vervolgens samen met de consulent (S). De arts stelde zelf vast dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Enkele dagen later voerde de arts de euthanasie uit. Hierbij was de consulent aanwezig (S).
Omdat de consulent een aanzienlijk deel van de begeleiding van patiënte in het euthanasieproces op zich heeft genomen, is de consulent volgens de commissie medebehandelaar geworden. De onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van patiënte is hierdoor in het geding gekomen.
De arts heeft de regie in de euthanasieprocedure overgelaten aan de consulent en heeft ook door op cruciale momenten samen met haar op bezoek te gaan bij patiënte, de indruk gewekt dat hij erg op haar leunde.
De Steun (S) en de Consultatie (C) zijn teveel door elkaar heen gaan lopen.

De commissie vindt dat er sprake is geweest van te weinig distantie tussen consulent en arts, waardoor ook de onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de arts onvoldoende gewaarborgd is geweest.
De consulent had de arts moeten adviseren alsnog een onafhankelijke consulent te raadplegen.
De arts had behoren te beseffen dat er bij een dergelijke betrokkenheid van de consulent er onvoldoende sprake was van een onafhankelijke consultatie.
De commissie is van mening dat er niet gesproken kan worden van een onafhankelijke consultatie. Zij kan daardoor niet anders dan tot het oordeel komen dat niet is voldaan aan de zorgvuldigheidseis ex artikel 2 lid 1 sub e van de WTL.

Casus 13

Oordeel: onzorgvuldig
Samenvatting: SCEN- arts kent weliswaar patiënt niet, maar neemt regelmatig waar in de praktijk van de arts en is niet onafhankelijk vanwege een persoonlijke en financiële relatie met de arts.

Bij patiënte, een vrouw tussen 60 en 70 jaar, werden in de zomer van 2011 een gemetastaseerd longcarcinoom en een pleuritis carcinomatosa vastgesteld. Verder vermeldde de anamnese een vena cava superiorsyndroom.
Het lijden van patiënte bestond uit het gevoel van een brok in de keel en een strakke band om de hals door de snel progressieve zwelling van de hals. Verder had patiënte pijn en last van tintelingen in armen en gezicht door het snel toenemend oedeem. Patiënte leed onder de reële mogelijkheid dat een complicatie zou ontstaan als gevolg van een herseninfarct, waardoor zij volledig afhankelijk zou worden. Zij wist dat er geen mogelijkheid was haar snel progressieve situatie te verbeteren. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk.
De arts was ervan overtuigd dat het lijden van patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.
Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

De arts raadpleegde als consulent een SCEN-arts die in zijn praktijk werkzaam was. De consulent bezocht patiënte enkele dagen voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte.

Bij de commissie waren vragen gerezen over de onafhankelijkheid van de SCEN-arts. Daarom nodigde zij arts en SCEN-arts uit. Tijdens het gesprek verklaarde de arts desgevraagd dat hij zich voorafgaand aan de levensbeëindiging had afgevraagd of de arts, werkzaam in zijn praktijk, als consulent in deze zaak zou kunnen optreden. Bij zijn afwezigheid neemt consulent circa 2 uur per week waar en ontvangt daarvoor een financiële vergoeding.
In een overleg met consulent over haar positie verklaarde deze zich voldoende onafhankelijk te voelen om de gevraagde consultatie te verrichten.
De arts bevestigde dat er tussen beiden een financiële afhankelijkheid bestaat op min of meer reguliere basis. De arts verklaarde verder dat hij het SCEN telefoonnummer in de regio had gebeld en toen te horen had gekregen dat hij zou worden teruggebeld door de SCEN-arts die dienst had. Pas op dat moment kreeg hij te horen dat de waarnemer de SCEN-arts zou zijn. De arts lichtte verder toe dat het verzoek om consultatie een patiënte betrof uit het hospice. Hij wist dat de consulent patiënte totaal niet kende en ook nooit in het hospice kwam.
De arts verklaarde desgevraagd dat hij ervan op de hoogte is dat de consulent zowel onafhankelijk dient te zijn ten aanzien van de arts als ten aanzien van de patiënt. Tijdens het gesprek lichtte de consulent toe, dat zij, alvorens de consultatie te aanvaarden als dienstdoend SCEN-arts, was nagegaan wie op dat moment de achterwacht was. Zij had telefonisch contact gezocht met twee andere SCEN-artsen, maar deze waren op korte termijn niet beschikbaar.

Voor de commissie is komen vast te staan dat zowel de arts als de consulent zich voorafgaand aan de consultatie hebben afgevraagd of de consulent voldoende onafhankelijk was om de door de arts gevraagde consultatie uit te voeren nu tussen hen beiden een financiële afhankelijkheid bestond op min of meer reguliere basis.
De onafhankelijkheid van een consulent wordt enerzijds bepaald door het al dan niet bekend zijn met de patiënt en anderzijds door het al dan niet bestaan van een persoonlijke of financiele relatie met de meldende en uitvoerende arts. Daarbij geldt dat niet alleen de afhankelijkheid als zodanig maar ook de schijn van afhankelijkheid moet worden vermeden.
De commissie stelt vast dat de consulent in casu financieel afhankelijk was van de arts en dat de arts er ten onrechte van is uitgegaan dat deze consulent als voldoende onafhankelijk zou kunnen gelden. Aan het consultatievereiste is niet voldaan.

Casus 14

Oordeel: onzorgvuldig
Samenvatting: tussen de consultatie en de uitvoering is er een tijdsspanne van twee maanden. Er was in deze tijd geen goede verslaglegging van de huisarts zodat, mede door het ontbreken van een tweede consult, niet duidelijk is of er sprake was van ondraaglijk lijden.

Patiënte, een vrouw tussen 50 en 60 jaar, kreeg in januari 2007 een hartstilstand. Zij werd gereanimeerd. Na het bijkomen uit haar coma bleek dat zij een ischemisch CVA had gehad. Patiënte was daardoor halfzijdig verlamd geworden en had daarbij een verbale apraxie en afasie opgelopen. Het lijden van patiënte bestond uit het feit dat zij zich niet meer kon uitdrukken in woorden en zo haar gevoelens niet kon uiten en het gevoel had opgesloten te zitten in zichzelf. Patiënte was altijd een levenslustige en vrolijke vrouw geweest en de dingen, waar zij vroeger haar voldoening uit haalde, kon zij niet meer. Patiënte voelde zich buitengesloten en eenzaam. Het leven had voor haar zoveel glans en inhoud verloren, dat het voor haar geen

betekenis meer had. Ook leed zij onder de uitzichtloosheid van haar situatie. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden van patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. De arts en de specialisten hebben patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.

De arts raadpleegde als consulenten twee onafhankelijke SCEN-artsen. De eerste consulent bezocht patiënte tweeënhalve maand voor de euthanasie en de tweede consulent bezocht patiënte acht weken voor de euthanasie. Beide consulenten waren door de arts over patiënte geïnformeerd en hadden inzage gekregen in de relevante medische documentatie.
De consulenten gaven in hun verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte.
Volgens de eerste consulent was niet aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen voldaan, met name omdat zij zich niet in staat voelde de afweging te maken of het lijden van patiënte uitzichtloos en ondraaglijk was: zij vroeg zich af op welke specifieke basis hier een medische interventie werd gevraagd die de dood tot gevolg zou hebben.
Volgens de tweede consulent had het leven voor patiënte zoveel glans en inhoud verloren, dat het voor haar geen betekenis meer had. De ondraaglijkheid van haar lijden bleek volgens de tweede consulent ook uit de vastbeslotenheid van haar verzoek om euthanasie. Deze consulent kwam tot de conclusie dat aan de criteria van uitzichtloos en ondraaglijk lijden was voldaan.
Nadat door de tweede consulent was geconcludeerd dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan heeft het nog bijna twee maanden heeft geduurd voordat de euthanasie werd uitgevoerd. Vanaf de laatste aantekening in het journaal gerekend, duurde het zelfs nog drie maanden voordat de euthanasie werd uitgevoerd. Patiënte kon blijkbaar nog maanden zo verder leven.

De arts gaf, daartoe door de commissie uitgenodigd, aan dat hij na de tweede consultatie nog twee keer langs is geweest bij patiënte. Dit staat niet in het journaal, maar wel in zijn agenda. De basis van haar lijden bleef hetzelfde: het was voor haar niet meer leefbaar om met zo’n gebrek aan communicatiemogelijkheden en zo weinig contact met mensen nog jarenlang door te moeten leven. Het duurde inderdaad nog drie maanden voordat de euthanasie werd uitgevoerd. Dat kwam door de vakanties van haar dochters en de vakantie van de arts en was mogelijk omdat voor patiënte de druk van de ketel was. Er was voor patiënte geen haast bij.
Na het tweede consult heeft de arts met patiënte overlegd over een datum waarop de euthanasie zou plaatsvinden. Patiënte heeft de datum bepaald: in augustus werd afgesproken dat de euthanasie in oktober zou plaatsvinden. Op het moment dat patiënte wist dat de euthanasie kon plaatsvinden, was de situatie draaglijk voor haar.
De arts is een paar dagen voordat de euthanasie zou worden uitgevoerd nog bij patiënte langs geweest.
Dit staat niet in het journaal is te lezen, zoals in het algemeen wel gebruikelijk is .

Voor de commissie werd de onduidelijkheid over de ondraaglijkheid van het lijden behalve door de summiere wijze waarop het modelverslag was ingevuld mede veroorzaakt door het ontbreken van goede schriftelijke verslaglegging. Deze was tot het moment waarop de tweede SCEN-arts werd uitgenodigd al zeer summier; over hoe het in de laatste drie maanden voor het overlijden met patiënte is gegaan en hoe de arts-patiëntrelatie zich in die periode ontwikkeld heeft, biedt het journaal zelfs in het geheel geen informatie: er is door de arts geen patiëntjournaal over die periode bijgehouden. Voor de commissie zijn de precieze aard en de inhoud van de contacten tussen de arts en zijn patiënte niet duidelijk, terwijl die in dit verband juist van groot belang zijn. De arts heeft voor de commissie dan ook niet aannemelijk kunnen maken dat hij redelijkerwijs tot de conclusie heeft kunnen komen dat patiënte op het moment van de euthanasie ondraaglijk leed. Gezien de lange duur dat patiënte het nog

volhield en gezien het feit dat de toezegging dat er euthanasie zou plaatsvinden, het lijden weer draaglijk leek te hebben gemaakt, had het in de rede gelegen dat de arts opnieuw contact zou hebben gezocht met de tweede consulent. Omdat dit niet is gebeurd, is er ook sprake van een gebrek in de consultatie. De arts heeft niet gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen betreffende de ondraaglijkheid van het lijden en betreffende de consultatie.

Casus 15

Oordeel: zorgvuldig
Samenvatting: consulent heeft patiënt gezien maar niet gesproken.
Patiënt was door pijnmedicatie slaperig en reageerde niet. Consulent constateerde dat patiënt pijn had. Uit heteroanamnese blijkt dat er de dag tevoren een duidelijk euthanasieverzoek was.
Belangrijke rol van de schriftelijke wilsverklaring. Richtlijn Euthanasie bij verlaagd bewustzijn niet van toepassing.

Patiënt, een man tussen 70 en 80 jaar, kampte met zeer uitgebreide orthopedische problematiek. In de zomer van 1997 was er een totale heupprothese links verricht met ongecompliceerd verloop. Acht jaar later (in 2005) was er een totale heupprothese rechts verricht waarbij een maand later een diepe infectie in de prothese werd geconstateerd. Hiervoor verbleef patiënt gedurende vijf maanden in het ziekenhuis en onderging hij naar schatting acht operaties. De infectie was uiteindelijk bestreden, maar in feite was er geen heupgewricht meer aanwezig . Het been was aanzienlijk verkort en slecht belastbaar. Hij was ernstig geïnvalideerd, niet alleen als gevolg van de slechte belastbaarheid en aanmerkelijke verkorting van zijn rechterbeen, maar ook vanwege cardiale en pulmonale problematiek. Tevens was er sprake van een hemiparese rechts en een nierinsufficiëntie. Sepsis bleek een belangrijke oorzaak voor de hartritmestoornissen waar patiënt mee kampte. Hij werd in korte tijd tweemaal geopereerd in verband met de almaar toenemende abcessen. Ondanks maximale behandeling bleef patiënt septisch en breidden de infecties zich uit in gewrichten en longen. Patiënt zou op korte termijn weer een operatie moeten ondergaan. Op de dag van de geplande operatie gaf patiënt echter aan de verpleging aan geen verdere behandeling meer te willen. Hij wilde niet opnieuw worden geopereerd.

Patiënt had extreem veel pijn, zelfs al bij oppervlakkig aanraken. Deze pijn was moeilijk te behandelen vanwege eerdere ademdepressie bij morfine. Patiënt, die altijd een doorzetter was geweest, ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënt ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.
Behalve de al genomen palliatieve maatregelen waren er geen voor patiënt aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. De arts was met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat er voor diens uitzichtloos en ondraaglijk lijden geen redelijke andere oplossing was.
Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en meerdere andere specialisten patiënt voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en zijn vooruitzichten.

Twee dagen voor overlijden – nadat patiënt eerder die dag aan de verpleging en vervolgens aan een collega behandelaar van de arts te kennen had gegeven niet verder behandeld te willen worden en euthanasie te willen – heeft patiënt met de arts over euthanasie gesproken en hem daarbij om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Hij heeft zijn verzoek daarna meerdere keren herhaald.
Patiënt had zijn euthanasiewens meerdere keren met zijn familie en huisarts besproken en al

enkele jaren eerder een schriftelijke wilsverklaring en tevens een behandelverbod opgesteld en ondertekend, aangezien hij volgens zijn huisarts 'niet wil leven als een kasplantje'. Patiënt had benadrukt dat hij geen lang sterfbed wilde.
Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënt, over wiens wilsbekwaamheid ook ten tijde van het aan hem herhaald gedaan verzoek geen enkele twijfel bestond, zich bewust van de strekking van het verzoek en zijn lichamelijke situatie.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt een dag voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.
De consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt. De consulent verklaarde dat zij patiënt heeft gezien, maar niet meer heeft kunnen spreken. De dag voor haar bezoek was patiënt nog zeer helder geweest en had hij goed en adequaat kunnen aangeven wat zijn wens was. Ten tijde van het bezoek van de consulent was patiënt echter door zijn ziekte en door de pijnmedicatie slaperig en reageerde niet meer op haar vragen. Bij aanraken kreunde hij. De consulent gaf aan dat patiënt, ondanks goede pijnstilling, duidelijk pijn had.
De consulent heeft uitgebreid met de familieleden van patiënt gesproken. Zij gaven aan dat patiënt de laatste dagen zeer had geleden en dat hij had gezegd 'Ik kan niet meer. Ik wil niet meer langer doorgaan'. Patiënt had dit meerdere keren gezegd, zowel tegen hen als tegen iedereen die bij hem kwam voor verzorging. Blijkens haar verslag oordeelde de consulent dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Hoewel zij de patiënt niet meer zelf had kunnen spreken, was haar uit zijn schriftelijke euthanasieverklaring, het dossier, de gesprekken met artsen en familie van patiënt gebleken dat euthanasie zijn uitdrukkelijke wens was en dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Voor de consulent was zeer invoelbaar dat patiënt, die goed was voorgelicht over zijn zeer slechte prognose en de behandelopties, van verdere behandeling afzag. De consulent kwam op basis van haar bezoek aan patiënt, het dossier, de gesprekken met artsen en familie en de schriftelijke euthanasieverklaring van patiënt tot de onvoorwaardelijke conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Op de dag van de levensbeëindiging was patiënt niet meer aanspreekbaar. Patiënt had veel morfine gekregen, waardoor het niet mogelijk bleek om nogmaals aan patiënt te vragen of hij bij zijn verzoek bleef en hem de ondraaglijkheid van het lijden te laten bevestigen. Op basis van het eerdere uitdrukkelijke en herhaalde verzoek van patiënt en de door patiënt opgestelde schriftelijke wilsverklaring voerde de arts de levensbeëindiging op verzoek uit.

De commissie overweegt voor wat betreft het *vrijwillig* en *weloverwogen* verzoek en het *uitzichtloos* en *ondraaglijk* lijden als volgt:
Indien een patiënt niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordien – wilsbekwaam - in een schriftelijke wilsverklaring een verzoek om levensbeëindiging heeft gedaan, dan kan de arts op grond van artikel 2, lid 2 WTL aan dit verzoek gevolg geven.
In casu had de patiënt enkele jaren eerder, wilsbekwaam, een schriftelijke wilsverklaring alsook een behandelverbod opgesteld en ondertekend en die met zijn huisarts en familie besproken; hij heeft daarbij duidelijk aangegeven onder welke omstandigheden hij euthanasie wenste.
Patiënt, die door meerdere artsen was voorgelicht, had een goed beeld van zijn situatie en zijn slechte prognose. De arts, aan wie de patiënt zijn euthanasieverzoek meerdere malen had gedaan, was met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts kon dan ook tot de overtuiging komen dat het verzoek van de patiënt niet alleen vrijwillig, maar ook weloverwogen was gedaan.

De commissie is in zijn algemeenheid van oordeel dat het euthanasieverzoek van een patiënt, die in een toestand van verlaagd bewustzijn is geraakt, ingewilligd kan worden indien de patiënt ondraaglijk lijdt. Indien aannemelijk is dat er sprake is van dergelijk lijden, dan mag euthanasie worden uitgevoerd.
De commissie merkt op dat het toedienen van medicijnen ter pijn- of symptoombestrijding, in verband met het ondraaglijk lijden van een patiënt, bij deze kan leiden tot een toestand van verlaagd bewustzijn, dan wel coma. Het uit een dergelijke (reversibele) toestand van verlaagd bewustzijn/coma laten ontwaken van de patiënt, slechts met het doel om deze de ondraaglijkheid van het lijden te laten bevestigen, beschouwt de commissie als onmenselijk. In casu kon de arts, zonder de patiënt te laten ontwaken uit de toestand van verlaagd bewustzijn, tot de overtuiging komen dat deze ondraaglijk leed.

De commissie overweegt voor wat betreft het *consulteren van een onafhankelijke consulent* dat voor een zorgvuldig consult in het algemeen uitgangspunt is dat de consulent de patiënt kan spreken, bij voorkeur onder vier ogen, teneinde zich een mening te kunnen vormen over de zorgvuldigheidseisen. De commissie is van oordeel dat indien de consulent de patiënt niet meer kan spreken, bijvoorbeeld omdat er sprake is, zoals in casu, van een toestand van verlaagd bewustzijn, de consulent de patiënt dient te zien en zich, anders dan door een gesprek met patiënt, aan de hand van feiten en omstandigheden, een oordeel moet vormen over de zorgvuldigheidseisen.
In de onderhavige casus heeft de consulent patiënt bezocht en gezien, maar was het niet meer mogelijk om met patiënt te communiceren. Wel heeft zij kunnen vaststellen dat de patiënt, ondanks goede pijnstilling, pijn leed. De consulent heeft gesprekken gevoerd met de artsen en uitgebreid met de familie van patiënt gesproken. Op basis van haar bezoek aan de patiënt, het dossier, de gesprekken met artsen en familie en de schriftelijke euthanasieverklaring van patiënt is de consulent tot de onvoorwaardelijke conclusie gekomen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De commissie is van oordeel dat de consulent in bedoelde gesprekken en de overige verkregen informatie compensatie heeft kunnen vinden voor het niet kunnen spreken met patiënt en dat de consulent zich hiermee een oordeel heeft kunnen vormen over de vrijwilligheid en de weloverwogenheid van de euthanasiewens van patiënt alsmede de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden van patiënt.
Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

f. Medisch zorgvuldige uitvoering

De arts heeft de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Bij euthanasie, dat wil zeggen levensbeëindiging op verzoek, is sprake van een actieve handeling van de arts die de euthanatica, meestal intraveneus, toedient aan de patiënt.

Bij zelfdoding overhandigt de arts het euthanaticum aan de patiënt en neemt de patiënt dit middel zelf in. De arts moet, totdat de patiënt is overleden, bij hem aanwezig blijven, dan wel in een zo directe nabijheid dat hij onmiddellijk kan ingrijpen wanneer zich complicaties voordoen. Mogelijk is immers bijvoorbeeld dat patiënt de drank weer uitbraakt of het overlijden lang op zich laat wachten.
De arts kan dan - alsnog - euthanasie toepassen. De arts moet deze mogelijke gebeurtenissen van te voren met patient en familie bespreken.

De arts mag de euthanatica niet door een ander laten toedienen, resp. laten aanreiken en de euthanatica niet bij de patiënt achter laten. Dat kan gevaar opleveren, ook voor anderen dan de patiënt.

De arts dient de euthanatica persoonlijk en rechtstreeks van de apotheker in ontvangst te nemen (zie casus 2).

Bij het toetsen of de uitvoering van een levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft plaatsgevonden hanteren de commissies voor de methode, de middelen en de dosering in beginsel als leidraad het

advies[6] van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) in de Standaard Euthanatica 2007. De Standaard Euthanatica 2007 gaat bij levensbeëindiging op verzoek uit van intraveneuze toediening van een coma inducerend middel, gevolgd door intraveneuze toediening van een spierverslappend middel. De KNMP geeft in de Standaard Euthanatica 2007 aan welke middelen voor de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek moeten worden gebruikt. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen 'eerste-keus-middelen'[7] en 'tweede-keus-middelen'.[8] Met de laatste categorie middelen is minder ervaring ('evidence') opgedaan.

Daarnaast worden in de Standaard Euthanatica 2007 nog middelen genoemd die geen alternatief zijn voor het eerste-keus-middel. Ook staat erin welke middelen worden afgeraden.

Wanneer een arts geen gebruik maakt van een eerste-keus-middel en het gebruik van het andere middel niet nader motiveert, stellen de commissies de arts nadere vragen. Bij de toetsing van de medisch zorgvuldige uitvoering is uitgangspunt dat tweede-keus-middelen zijn toegelaten, mits de arts het gebruik ervan afdoende motiveert. De commissies stellen zeker vragen wanneer middelen zijn gebruikt die niet als alternatief zijn genoemd of die worden afgeraden.

Het gebruik van niet geadviseerde coma-inducerende middelen kan voor de patiënt negatieve gevolgen hebben, die te voorkomen zijn door de geëigende middelen te gebruiken. Gegarandeerd moet zijn dat een patiënt in diep coma is op het moment van toediening van de spierverslapper.

Een middel als midazolam kan als pre-medicatie worden toegediend, voorafgaand aan het gebruik van een geadviseerd middel voor de inductie van het coma.

Het is raadzaam dat de arts voorafgaand aan de uitvoering met patiënt en familie bespreekt wat het effect van de te gebruiken middelen zal zijn. Het is van belang dat, met inachtneming van de Standaard Euthanatica 2007, individuele wensen van de patiënt zoveel als mogelijk worden vervuld.

De KNMP heeft in de Standaard Euthanatica 2007 ook vermeld welke doseringen zij adviseert voor de diverse middelen bij levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. De commissies doen navraag bij de arts als de dosering niet wordt genoemd of afwijkt van die in de Standaard Euthanatica 2007. Zoals hiervoor gesteld, moet zijn gegarandeerd dat een patiënt in diep coma is op het moment van toediening van de spierverslapper. Het gebruik van een in de Standaard Euthanatica 2007 geadviseerd coma-inducerend middel, alsmede de juiste dosering hiervan is van groot belang om ervoor te zorgen dat de patiënt de gevolgen van de spierverslapper niet kan ervaren. In casus 17 gebruikte de arts een lagere dosering coma-inducerend middel dan in de Standaard Euthanatica 2007 wordt geadviseerd.

In casus 18 had de arts zich laten leiden door het ziekenhuis protocol waarbij het coma-inducerend middel en de spierverslapper in één infuuszak tegelijkertijd werden toegediend. De commissie overwoog dat de arts en niet de apotheker verantwoordelijk is voor de zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging en dus ook voor de keuze en dosering en de toediening van de gebruikte middelen. In die casus en in de hieronder genoemde casus 16 en 17 kwam de commissie tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseis "medisch zorgvuldige uitvoering" had gehandeld, nu niet kon worden gegarandeerd dat de patiënten op het moment van toediening van de spierverslapper in diep coma waren. Het is van belang dat de arts, alvorens de spierverslapper toe te dienen, de diepte van het coma adequaat controleert.

In augustus 2012 is een vernieuwde KNMG/KNMP richtlijn "Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding" uitgekomen. Bij de toetsing in 2012 is echter veelal nog gebruikt gemaakt van de Standaard Euthanatica 2007 en de aanvulling daarop uit 2010.
In de hierna volgende casus zal alleen de uitvoering worden besproken.
Van twee meldingen, waarbij de uitvoering volkomen identiek plaatsvond, is slechts een van beide als casus opgenomen.

6: Standaard Euthanatica, toepassing en bereiding, 2007
7: Opgenomen in de tabel op pagina 22 van de Standaard Euthanatica, toepassing en bereiding, 2007.
8: Opgenomen op pagina 26 van de Standaard Euthanatica, toepassing en bereiding, 2007.

Casus 16

Oordeel: onzorgvuldig
Samenvatting: arts gebruikt Dormicum als coma-inducerend middel vanwege slechte ervaring en leveringsproblemen met Thiopental.

In deze casus heeft de arts de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd door intraveneuze toediening van 45 mg Dormicum en 20 mg Pavulon. Desgevraagd heeft de arts toegelicht dat hij voor de coma-inductie voor het middel Dormicum had gekozen omdat hij niet over thiopental kon beschikken. Gezien zijn eerder opgedane goede ervaring met het verkrijgen van een diep coma door middel van Dormicum in deze dosering, heeft de arts opnieuw voor coma-inductie met dit middel gekozen. De arts is een apotheekhoudend huisarts. Hij kent de Standaard Euthanatica 2007, maar niet de aanvulling daarop uit december 2010, waarin alternatieven voor het middel thiopental zijn opgenomen.
Daartoe door de commissie uitgenodigd vertelt de arts dat thiopental niet in Nederland te krijgen is. De apotheker moet het middel via de groothandel bestellen en als apotheekhoudend huisarts kan hij dat ook zelf. Omdat de groothandel het middel alleen in Duitsland kan verkrijgen, duurt het een paar dagen voordat de thiopental bij een arts kan worden afgeleverd.
De commissie memoreert een in 2008 door haar behandelde melding van de arts. Toen waren aan de arts ook vragen gesteld met betrekking tot uitvoering van levensbeëindiging met 45 mg Dormicum en 20 mg Pavulon. De commissie had de arts toen aangespoord om, mocht hij opnieuw voornemens zijn een levenbeëindiging uit te voeren, via apothekers in de directe omgeving thiopental of propofol te verkrijgen. De arts had getoond te beseffen dat hij in voorkomende gevallen de in de Standaard Euthanatica 2007 genoemde coma-inducerende middelen zou moeten gebruiken.
Op de vraag waarom de arts er toch voor heeft gekozen om het coma te induceren met Dormicum, geeft de arts aan dat de toezegging die hij destijds had gedaan hem was ontschoten.
De commissie hanteert bij de beoordeling van de vraag of de levensbeëindiging naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht is uitgevoerd in beginsel als leidraad de Standaard Euthanatica van de KNMP, 2007, waarin ook de alternatieven voor thiopental zijn opgenomen, evenals de aanvulling daarop d.d. 21 december 2010, waarin de geadviseerde coma-inducerende middelen worden genoemd ingeval thiopental niet beschikbaar is.

De commissie onderschrijft het uitgangspunt dat moet zijn gegarandeerd dat een patiënt niet uit zijn coma ontwaakt en dat hij de gevolgen van het nadien toegediende spierverslappend middel niet kan ervaren. Afwijken van de Standaard is dan ook slechts in uitzonderlijke gevallen mogelijk en moet door een arts afdoende worden gemotiveerd, terwijl hierbij voorop staat dat de arts geen onnodige risico's dient te nemen bij het induceren van een coma, zodat dit gedurende de uitvoering voortdurend voldoende diep is.
Conform het bepaalde in de Standaard is daarnaast de goede voorbereiding een randvoorwaarde bij een medisch zorgvuldige uitvoering.
Een arts dient zich te informeren over de juiste, in de Standaard en de aanvulling daarop genoemde, middelen en hun correcte doseringen.
Tevens zal een arts op een tijdig moment de euthanatica dienen te bestellen. Zodra een patiënt om uitvoering van levensbeëindiging heeft verzocht, de arts de overtuiging heeft gekregen dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en de procedure voor levensbeëindiging in gang kan worden gezet, is doorgaans het moment van het bestellen van de euthanatica aangebroken
Omdat de toestand van de patiënt plotseling kan verslechteren raden de commissies artsen, die voornemens zijn de levensbeëindiging kort na het weekend uit te voeren, dan ook aan al op vrijdag over de euthanatica te kunnen beschikken. In de Standaard wordt, in het kader van een zorgvuldige voorbereiding, bovendien geadviseerd dat de arts bij de uitvoering over een reserve set euthanatica beschikt.

Eind november 2008 hebben de toetsingscommissies in het tijdschrift Medisch Contact (nummer 47) bekend gemaakt voortaan de Standaard Euthanatica, zoals deze in 2007 is gewijzigd, als leidraad te gebruiken en in dat kader aan meldend artsen, wanneer dezen bij de uitvoering afwijken van de Standaard, te vragen dit nader te motiveren.

De commissie stelt vast dat in het onderhavige geval de arts, een apotheekhoudende huisarts, als reden voor het als coma-inductor gebruik maken van het afgeraden middel Dormicum heeft gegeven dat hij niet tijdig over thiopental had kunnen beschikken, terwijl niet is gebleken dat hij een poging heeft gedaan om een in de Standaard of de aanvulling daarop genoemd alternatief voor het coma-inducerende middel thiopental te verkrijgen.
Daarnaast staat vast dat de arts reeds eerder, in 2008, tijdens een gesprek met de commissie naar aanleiding van een door de arts uitgevoerde levensbeëindiging, waarbij deze als coma-inductie eveneens Dormicum had gebruikt, door de commissie was aangespoord om in voorkomende gevallen thiopental en propofol via de apotheek te verkrijgen en dat de arts er toen blijk van had gegeven te beseffen dat hij de in de Standaard Euthanatica 2007 genoemde coma-inducerende middelen zou moeten gebruiken.
De commissie is van oordeel dat bij de uitvoering van een levensbeëindiging in beginsel geen gebruik dient te worden gemaakt van de in de Standaard opgenomen afgeraden middelen, zoals het middel Dormicum.
De commissie meent dat, gelet op de door de arts in 2008 ervaren leveringsproblemen van het middel thiopental en zijn toen tegenover de commissie uitgesproken voornemen in voorkomende gevallen slechts van in de Standaard geadviseerde middelen gebruik te zullen maken, de veronderstelling gerechtvaardigd is dat de arts hieruit lering had getrokken. Het had in de rede gelegen dat de arts in het onderhavige geval, in het kader van een zorgvuldige voorbereiding, ervoor had zorg gedragen tijdig over het middel thiopental te beschikken door dit, als apotheekhoudend arts, zelf bij de groothandel, dan wel bij een apotheker in een van de omringende gemeenten te bestellen. Hij had er ook voor kunnen kiezen van een van de in de Standaard, dan wel in de aanvulling daarop, genoemde alternatieven voor de coma-inductie, zoals het middel propofol, gebruik te maken. Dit klemt te meer nu de arts bij de voorbereiding van een korte tijd daarvoor door hem uitgevoerde levensbeëindiging, die tegelijkertijd met de onderhavige levensbeëindiging door de commissie met hem is besproken, reeds was geconfronteerd met de door hem genoemde leveringsproblemen.
De commissie constateert dat de arts echter opnieuw heeft besloten het afgeraden middel Dormicum als coma-inducerend middel te gebruiken. De commissie stelt tevens vast dat de arts geen kennis heeft genomen van de, in verband met de slechte beschikbaarheid van het middel thiopental, gepubliceerde Aanvulling op de Standaard van december 2010, en ook niet van de bekendmaking in Medisch Contact in 2008 over de wijze waarop de toetsingscommissies de Standaard hanteren[9]. Ook zijn ervaring met leveringsproblemen in 2008 en bij de voorbereiding van de eerdere, hiervoor genoemde levensbeëindiging heeft de arts niet doen besluiten voor de uitvoering van de levensbeëindiging een ander coma-inducerend dan Dormicum te gebruiken. De commissie is ook niet gebleken dat de arts, toen hij had besloten om het afgeraden middel Dormicum voor de coma-inductie te gebruiken, heeft overwogen een betrouwbaar coma-inducerend middel beschikbaar te houden, dan wel dat hij dit daadwerkelijk tot zijn beschikking had om, mocht het door de Dormicum geïnduceerde coma niet voldoende diep blijken te zijn, alsnog te kunnen garanderen dat de patiënt gedurende de uitvoering voortdurend in een voldoende diep coma zou verkeren.

Omdat van een arts mag worden verwacht dat hij op de hoogte is van de meest recente informatie over het gebruik en het beschikbaar zijn van in de Standaard geadviseerde euthanatica, is de commissie van oordeel dat de arts , door een onbetrouwbare coma-inductor te

9: MC, nr. 47, 20 november 2008.

gebruiken, een vermijdbaar risico heeft genomen dat patiënt niet in een, gedurende de uitvoering van de levensbeëindiging voortdurend, voldoende diep coma zou raken.
De commissie concludeert ten aanzien van de uitvoering dat de arts deze niet op een medisch zorgvuldige wijze heeft voorbereid en het van de Standaard afwijken niet afdoende heeft gemotiveerd.
De arts heeft de levensbeëindiging niet medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Casus 17

Oordeel: onzorgvuldig
Samenvatting: arts heeft bewust gekozen voor een te lage dosering coma-inducerend middel. Wel heeft hij een coma-check toegepast maar toch is niet met zekerheid te zeggen dat de duur van het coma voor de patiënte voldoende lang geweest is om het effect van de spierverslapper niet te ervaren.

In deze casus heeft de arts de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd door intraveneuze toediening van 750 mg thiopental, gevolgd door 100 mg Tracrium en vervolgens opnieuw 750 mg thiopental. Dat was reden voor de commissie om de arts uit te nodigen voor een gesprek. Desgevraagd lichtte de arts toe dat patiënte 30 seconden na toediening van de eerste hoeveelheid thiopental in coma was, dat hij het coma lege artis had vastgesteld en dat patiënte enkele minuten na toediening van de Tracrium was overleden.
Geconstateerd kan worden dat de arts in onderhavige casus, evenals in eerdere gevallen waarin hij betrokken is geweest bij een uitvoering van levensbeëindiging, er bewust voor heeft gekozen om uit te gaan van doseringen en een volgorde van toediening die afwijken van de richtlijn die de door de KNMP is uitgebracht in 2007. De arts heeft voor zijn motivering betreffende de wijze van uitvoering in deze specifieke casus verwezen naar een in 2010 door hem gepubliceerd artikel. De commissie heeft van de inhoud daarvan kennis genomen. De commissie kan zich voorstellen dat de arts het risico van een abrupt en totaal ademarrest met daarop volgend overlijden als gevolg van toediening van thiopental wil vermijden. Tevens kan de commissie zich indenken dat een meer geleidelijk verloop van het stervensproces de voorkeur heeft van zowel patiënt, arts als degenen die bij de uitvoering van de levensbeëindiging aanwezig zijn. De commissie is van mening dat de arts in dergelijke gevallen de mogelijkheid heeft om te kiezen voor Dormicum als premedicatie, waarna overgegaan kan worden tot aanbevolen doseringen en toedieningwijze volgens de meest recente Standaard.
De arts heeft het coma lege artis heeft vastgesteld, echter zonder daarbij toe te lichten welke methode hij daarvoor heeft gebruikt. De patiënte was enkele minuten na toediening van de Tracrium overleden. De commissie constateert dat de arts voorafgaand aan het toedienen van het spierverslappend middel 750 mg thiopental heeft toegediend. Ook al heeft de arts het coma lege artis vastgesteld, dan nog is de commissie van mening dat de arts een risico heeft gelopen dat patiënte iets heeft kunnen ervaren van de werking van de spierverslapper en dat niet meer kenbaar heeft kunnen maken. Bij een dergelijke lage dosering van het coma inducerend middel (beduidend minder dan de helft van de aanbevolen dosering) is niet met zekerheid te zeggen dat de duur van het coma voldoende lang is geweest om het effect van de spierverslapper niet te ervaren. De commissie is voorts van mening dat de arts in zijn bovengenoemd artikel geen afdoende onderbouwing heeft gegeven voor zijn afwijkende manier van handelen, zowel qua dosering als qua volgorde van toediening van de middelen. Derhalve is de commissie van oordeel dat de arts is afgeweken van de aanbevelingen uit de Standaard Euthanatica van 2007 zonder deze afwijking voldoende te motiveren.
De commissie concludeert dat de arts de levensbeëindiging niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Casus 18

Oordeel: onzorgvuldig
Samenvatting: arts voert de euthanasie uit volgens ziekenhuis protocol waarbij coma-inducerend middel en spierverslapper via één infuuszak i.v. worden toegediend.

In deze casus heeft de arts de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd door toediening van 4000 mg thiopental, 16 mg Pavulon en 250 microgram Sufentanil in één infuuszak.
De commissie heeft aan de arts gevraagd waarom hij was afgeweken van de Standaard Euthanatica van de KNMP, 2007. De arts antwoordde dat hij zich had laten leiden door het ziekenhuisprotocol en dat hij de stappen in het protocol nauwgezet heeft gevolgd. Het was de eerste keer dat hij euthanasie uitvoerde. Hij was uitgegaan van de expertise van de ziekenhuisapotheker in deze. Inmiddels is het euthanasieprotocol van het ziekenhuis aangepast aan de Standaard Euthanatica van de KNMP 2007.

De commissie hanteert bij de beoordeling van de vraag of de levensbeëindiging naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht is uitgevoerd als leidraad (tot het verschijnen in augustus 2012 van de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding) de Standaard Euthanatica van de KNMP 2007. De commissie onderschrijft het uitgangspunt dat moet zijn gegarandeerd dat een patiënt in een diep coma verkeert alvorens hij een spierverslappend middel krijgt toegediend zodat hij de gevolgen van het nadien toegediende spierverslappend middel niet kan ervaren.
Nu de apotheker de middelen voor de coma inductie en de spierverslapper in één infuuszak heeft gedaan en deze dus tegelijkertijd zijn toegediend, is niet zeker dat patiënt in een diep coma verkeerde alvorens de gevolgen van de spierverslapper intraden. Het is daarom niet uit te sluiten dat patiënt nare gevolgen van de spierverslapper heeft ondervonden.
De arts heeft de middelen van de apotheker in één infuuszak ontvangen. Daarbij ging hij uit van de expertise van de apotheker. De commissie meent dat de arts te goeder trouw heeft gehandeld door het protocol voor uitvoering van euthanasie te volgen dat was opgesteld door de apothekers en dat was goedgekeurd door de Raad van Bestuur van het ziekenhuis.
De commissie twijfelt niet aan het feit dat de arts de euthanasie zorgvuldig wilde uitvoeren maar dat hij op het verkeerde werd been gezet door het geldende protocol. De verantwoordelijkheid voor het toedienen van de euthanatica ligt evenwel bij de uitvoerend arts.
Dit overwegende kan de commissie niet anders dan tot het oordeel komen dat de arts de euthanasie medisch niet zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Hoofdstuk III Werkzaamheden van de commissies

Wettelijk kader

In Nederland zijn levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding strafbaar (Wetboek van Strafrecht, artikelen 293 en 294).
Dit is echter niet het geval als de levensbeëindiging op verzoek of de hulp bij zelfdoding plaatsvindt door een arts die heeft voldaan aan de in de wet vastgelegde zorgvuldigheidseisen én zijn handelen heeft gemeld aan de gemeentelijk lijkschouwer. Wanneer de arts aan deze beide voorwaarden voldoet dan is de door hem uitgevoerde levensbeëindiging op verzoek, dan wel geboden hulp bij zelfdoding geen strafbaar feit. In de hiervoor genoemde wetsartikelen is deze uitzondering als bijzondere strafuitsluitingsgrond opgenomen (Wetboek van Strafrecht, artikelen 293, tweede lid en 294, tweede lid).
De zorgvuldigheidseisen zijn vastgelegd in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL), de meldingsplicht is uitgewerkt in de Wet op de lijkbezorging.

De WTL schrijft voor dat de regionale toetsingscommissies tot taak hebben op basis van het verslag van de arts en overige bij de melding gevoegde stukken te beoordelen of de arts die levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend, heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de WTL.

Op 10 oktober 2012 is de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding ook van toepassing verklaard in Caribisch Nederland dat wil zeggen op de zogenoemde BES-eilanden: Bonaire, Saba en St. Eustatius. De toetsingscommissie van Groningen, Friesland en Drenthe toetst de meldingen van euthanasie of hulp bij zelfdoding afkomstig van de BES-eilanden.

Rol van de commissies

Wanneer een arts het leven van een patiënt op diens verzoek heeft beëindigd of hulp bij zelfdoding heeft verleend, meldt hij dat aan de gemeentelijk lijkschouwer. Bij de melding voegt hij het beredeneerd verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen. Voor het opstellen van een dergelijk verslag is het zogenaamde Verslagmodel beschikbaar. Dit wordt door de arts (in verband met de leesbaarheid voor de commissie) bij voorkeur digitaal (in plaats van met de hand) ingevuld en is te vinden op www.euthanasiecommissie.nl.
De lijkschouwer verricht de uitwendige lijkschouw en gaat na hoe en met welke middelen het leven is beëindigd. Hij gaat verder na of het verslag van de arts volledig is ingevuld. De verklaring van de geconsulteerde arts en – indien aanwezig – een schriftelijke wilsverklaring van de overledene worden toegevoegd.

De lijkschouwer meldt de levensbeëindiging aan de commissie en stuurt de verplichte en eventueel door de arts verstrekte overige relevante stukken, zoals patiëntenjournaal en specialistenbrieven, mee. Na ontvangst van de stukken door de commissie, ontvangen zowel de lijkschouwer als de arts een ontvangstbevestiging.

De commissies toetsen of de arts heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen. De arts moet voor de commissie aannemelijk maken dat hij conform deze eisen heeft gehandeld.
De commissies overwegen daarbij of er naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Wanneer de commissie vragen heeft naar aanleiding van een melding wordt de desbetreffende arts daarover benaderd. Het komt voor dat de arts en soms ook de consulent wordt gevraagd schriftelijk op nadere vragen te reageren[10] Ook gebeurt het dat door de commissie telefonisch contact met de arts en/of de consulent wordt opgenomen om een punt te laten toelichten. Als de door de arts en/of de consulent

10: In circa 22% van de gemelde gevallen in 2011, zo blijkt uit het Tweede evaluatierapport WTL. De meeste vragen betroffen de uitvoering.

aldus verstrekte informatie niet volstaat, kunnen de arts en/of de consulent worden uitgenodigd een mondelinge toelichting op de melding respectievelijk het consultatieverslag te geven. De arts kan, door in zijn verslaglegging voldoende duidelijkheid te verstrekken, het stellen van nadere vragen voorkomen. Indien de commissie voornemens is te oordelen dat de arts niet conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld wordt deze in de regel voor een gesprek met de commissie uitgenodigd. De arts wordt op die manier door de commissie in de gelegenheid gesteld nader toe te lichten wat zich in de gemelde casus heeft afgespeeld.

Binnen zes weken na de melding ontvangt de arts in beginsel het oordeel van de commissie. Deze termijn kan één maal worden verlengd. Dat komt voor bijvoorbeeld wanneer de commissie nadere vragen heeft gesteld.
De capaciteit van de secretariaten van de commissies houdt reeds een aantal jaren geen gelijke tred met de toename van het aantal meldingen. Daardoor zijn er achterstanden ontstaan in de afdoening van meldingen. In 2012 hebben de commissies zich tot het uiterste ingespannen om de opgelopen achterstanden in de afdoening van meldingen weg te werken. De commissies verwachten in de loop van 2013 alle meldingen weer binnen de wettelijke termijnen te kunnen afhandelen.

De commissies geven over de meldingen die zij toetsen een oordeel. In bijna alle gevallen luidt hun oordeel dat de arts overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In die gevallen wordt alleen de meldend arts geïnformeerd.
Indien een commissie bij de behandeling van een melding van oordeel is dat de arts niet heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen, zendt zij het voorgenomen oordeel eerst voor advies en commentaar naar alle leden en plaatsvervangende leden van de eigen en andere commissies. Op deze wijze wordt inhoud gegeven aan het streven naar harmonisatie en eenheid bij het toetsen. Uiteindelijk beslist de bevoegde commissie.

De commissies hebben in 2012 in 10 gevallen geoordeeld dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In dat geval wordt het oordeel niet alleen naar de meldend arts gezonden, maar, conform de WTL, ook naar het College van procureurs-generaal en naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
Het College bepaalt of tot strafvervolging moet worden overgegaan.[11]
De Inspectie beslist, op grond van haar eigen taak en verantwoordelijkheid, of na het eindoordeel van de commissie nadere stappen moeten volgen, bijvoorbeeld in de vorm van het voeren van een gesprek met een arts of het aanhangig maken van een tuchtzaak (zie bijlage II).
Met het College en de Inspectie voeren de coördinerend voorzitter en plaatsvervangend coördinerend voorzitter van de commissies jaarlijks overleg.

Er zijn vijf regionale toetsingscommissies. De plaats van overlijden bepaalt welke commissie bevoegd is de melding te behandelen.
Elke commissie bestaat uit drie leden: een jurist (voorzitter), een arts en een ethicus. Zij hebben sedert 1 december 2012 allen twee plaatsvervangers. Ook heeft elke commissie een secretaris, eveneens een jurist, die in de vergaderingen van de commissie een raadgevende stem heeft. De commissies hebben de rol van een deskundigencommissie, waarbij moet worden opgemerkt dat het oordeel van de commissies een eindoordeel is indien het handelen van de arts als zorgvuldig wordt beschouwd.
De secretariaten hebben als taak de commissies te ondersteunen in hun werkzaamheden.
De secretariaten zijn organisatorisch ondergebracht bij het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG), een in Den Haag gevestigde uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).
De secretariaten van de commissies zijn gehuisvest in Groningen, Arnhem en Den Haag. De vergaderingen van de commissies hebben daar plaats.

De commissies verlenen hun medewerking aan de opleiding tot consulent, die wordt verzorgd door 'Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland' (SCEN) van de KNMG. Ook bezoeken de leden van een regionale toetsingscommissie soms - op verzoek- een intervisiegroep van SCEN-artsen uit "hun regio".

De commissies tezamen krijgen alle verslagen van de door de meldend artsen geraadpleegde consulenten onder ogen en hebben daarmee een totaalbeeld van de kwaliteit van deze verslaglegging. De kwaliteit van de verslaglegging behoeft permanente aandacht, maar de commissies zien ook een duidelijke verbetering van de kwaliteit van de verslaglegging en stellen dit zeer op prijs.
De bevindingen van de commissies worden in algemene termen teruggekoppeld naar de SCEN-organisatie.

Ook geven de commissieleden presentaties voor GGD's, huisartsenverenigingen, ziekenhuizen, maatschappelijke organisaties, buitenlandse delegaties en dergelijke. Daarbij wordt aan de hand van praktijksituaties in het bijzonder aandacht besteed aan de geldende procedure en zorgvuldigheidseisen.

11: Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding), Staatscourant, 6 maart 2007, nr. 46/pag.14

Bijlage I

Overzicht meldingen

Overzicht van meldingen totaal

Overzicht van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2012

Meldingen

De commissies ontvingen in dit verslagjaar 4188 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 3965 gevallen was er sprake van euthanasie (d.w.z. actieve levensbeëindiging op verzoek van patiënt), in 185 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 38 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 3777 gevallen een huisarts, in 171 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 166 gevallen een specialist ouderengeneeskunde, in 21 gevallen een arts in opleiding tot specialist en in 53 gevallen was sprake van een arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts, een niet praktiserend arts of een hospice arts).

Aandoeningen

De aard van de aandoeningen was als volgt in te delen:

kanker	3251
hart- en vaataandoeningen	156
aandoeningen van het zenuwstelsel	257
longaandoeningen	152
dementie	42
psychiatrische aandoeningen	14
overige aandoeningen	144
combinatie van aandoeningen	172

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 3335 gevallen thuis plaats, in 194 gevallen in een ziekenhuis, in 139 gevallen in een verpleeghuis, in 206 gevallen in een verzorgingshuis, in 250 gevallen in een hospice en in 64 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

Levenseindekliniek

De commissies ontvingen in dit verslagjaar 32 meldingen van de Stichting Levenseinde Kliniek (artsen met diverse specialismen).

BES-eilanden

De commissies ontvingen in dit verslagjaar 1 melding uit de BES-eilanden.

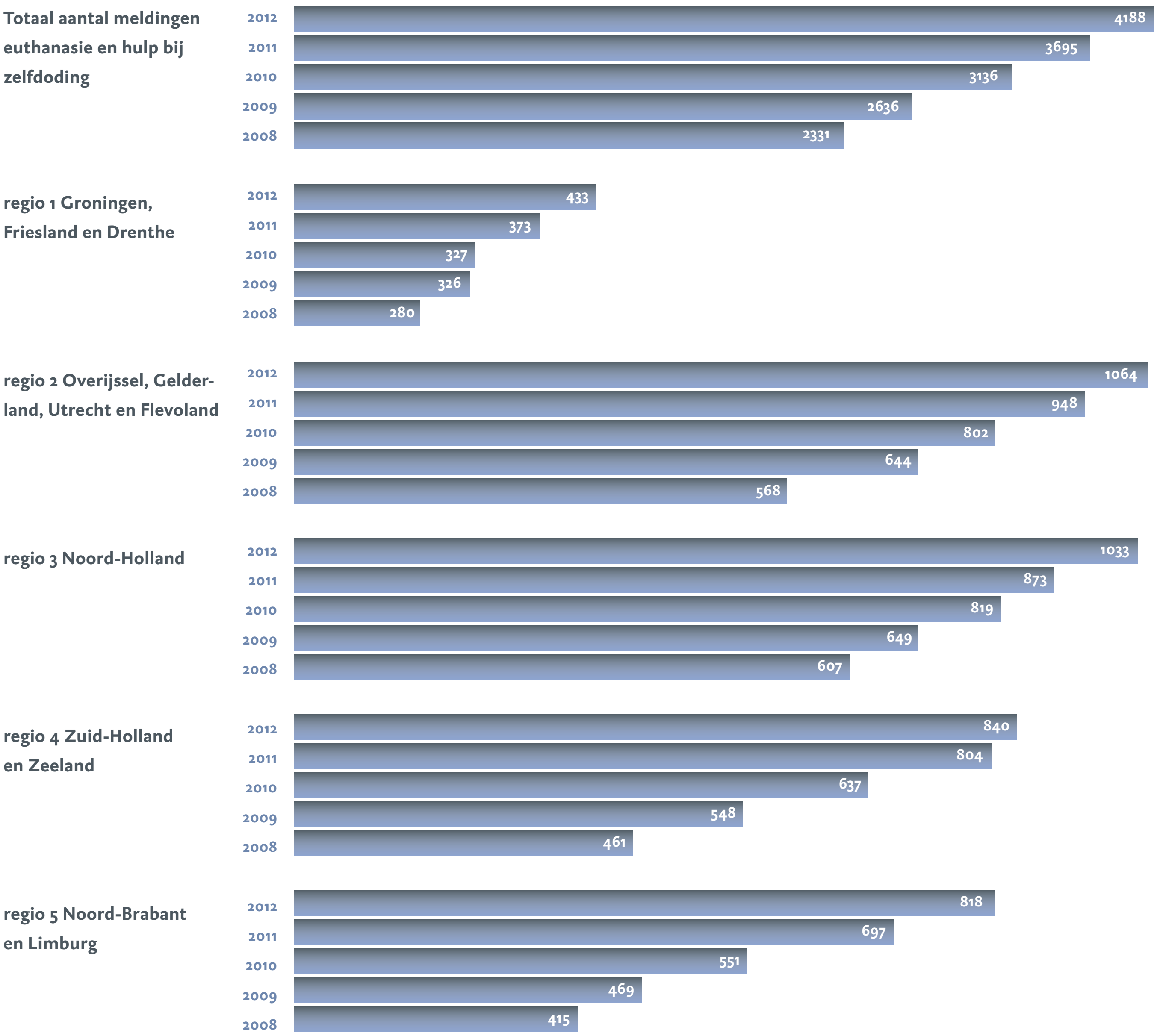
Bevoegdheid en eindoordeel

De commissies achtten zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. In dit verslagjaar kwamen de commissies 10 maal tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

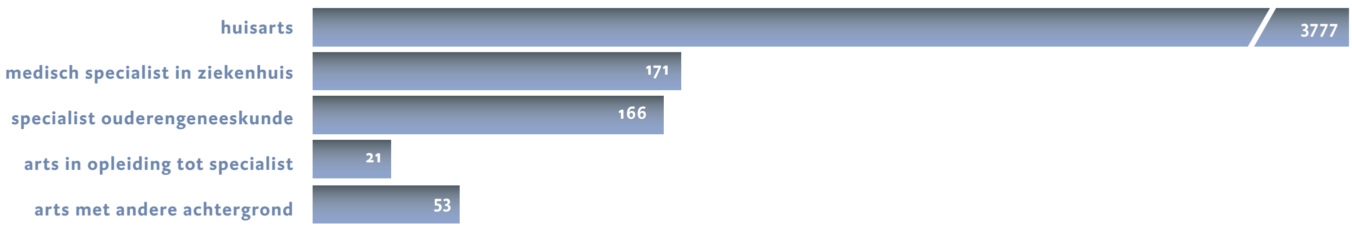
Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissies was 127 dagen.

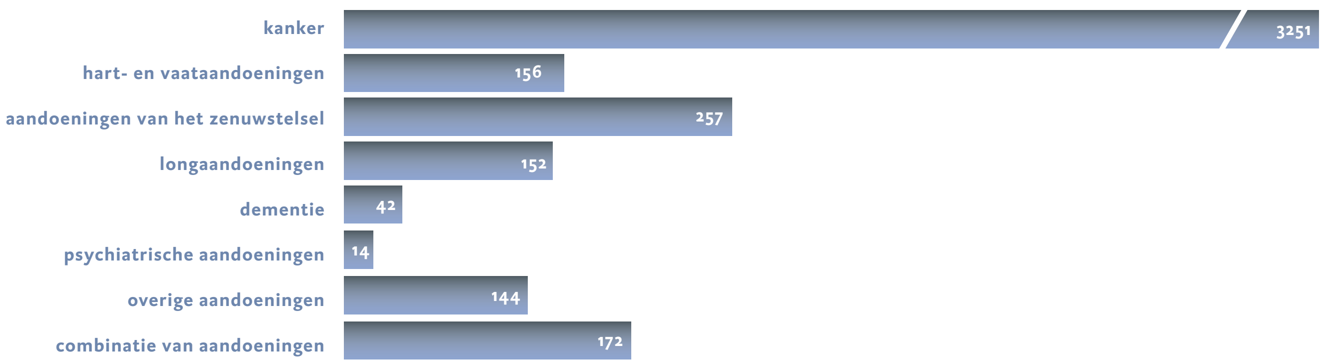
Aantallen meldingen euthanasie en hulp bij zelfdoding 2012, 2011, 2010, 2009 en 2008



Meldende artsen 2012



Aandoeningen 2012



Overzicht van meldingen per regio

1 Regio Groningen, Friesland, Drenthe en BES

Overzicht van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2012

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 433 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 390 gevallen was er sprake van euthanasie, in 39 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 4 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 406 gevallen een huisarts, in 17 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 8 gevallen een specialist ouderengeneeskunde, in geen van de gevallen een arts in opleiding tot specialist en in 2 gevallen een arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts, een niet praktiserend arts of een hospice arts).

Aandoeningen

De aard van de aandoeningen was als volgt in te delen:

kanker	347
hart- en vaataandoeningen	17
aandoeningen van het zenuwstelsel	25
longaandoeningen	11
dementie	5
psychiatrische aandoeningen	2
overige aandoeningen	12
combinatie van aandoeningen	14

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 369 gevallen thuis plaats, in 15 gevallen in een ziekenhuis, in 7 gevallen in een verpleeghuis, in 21 gevallen in een verzorgingshuis, in 13 gevallen in een hospice en 8 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

Levenseindekliniek

De commissie ontving in dit verslagjaar 2 meldingen van de Stichting Levenseinde Kliniek.

BES-eilanden

De commissie ontving in dit verslagjaar 1 melding uit de BES-eilanden.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 10 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in 1 geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding e n verzending van het oordeel van de commissie was 48 dagen.

2 Regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland

Overzicht van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2012

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 1064 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 1010 gevallen was er sprake van euthanasie, in 44 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 10 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 969 gevallen een huisarts, in 29 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 50 gevallen een specialist ouderengeneeskunde, in 3 gevallen een arts in opleiding tot specialist en in 13 gevallen een arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts, een niet praktiserend arts of een hospice arts).

Aandoeningen

De aard van de aandoeningen was als volgt in te delen:

kanker	810
hart- en vaataandoeningen	32
aandoeningen van het zenuwstelsel	79
longaandoeningen	50
dementie	8
psychiatrische aandoeningen	3
overige aandoeningen	36
combinatie van aandoeningen	46

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 861 gevallen thuis plaats, in 34 gevallen in een ziekenhuis, in 35 gevallen in een verpleeghuis, in 51 gevallen in een verzorgingshuis, in 69 gevallen in een hospice en in 14 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

Levenseindekliniek

De commissie ontving in dit verslagjaar 12 meldingen van de Stichting Levenseinde Kliniek.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 13 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in 1 geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 151 dagen.

3 Regio Noord-Holland

Overzicht van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2012

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 1033 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 952 gevallen was er sprake van euthanasie, in 67 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 14 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 914 gevallen een huisarts, in 52 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 41 gevallen een specialist ouderengeneeskunde, in 9 gevallen een arts in opleiding tot specialist, en in 17 gevallen een arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts, een niet praktiserend arts of een hospice arts).

Aandoeningen

De aard van de aandoeningen was als volgt in te delen:

kanker	807
hart- en vaataandoeningen	48
aandoeningen van het zenuwstelsel	44
longaandoeningen	35
dementie	10
psychiatrische aandoening	2
overige aandoeningen	38
combinatie van aandoeningen	49

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 797 gevallen thuis plaats, in 59 gevallen in een ziekenhuis, in 40 gevallen in een verpleeghuis, in 58 gevallen in een verzorgingshuis, in 59 gevallen in een hospice en in 20 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

Levenseindekliniek

De commissie ontving in dit verslagjaar 6 meldingen van de Stichting Levenseinde Kliniek.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in 2 gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 183 dagen.

4 Regio Zuid-Holland en Zeeland

Overzicht van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2012

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 840 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 815 gevallen was er sprake van euthanasie, in 19 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 6 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen

De meldende arts was in 757 gevallen een huisarts, in 39 gevallen een medische specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 34 gevallen een specialist ouderengeneeskunde, in 4 gevallen een arts in opleiding tot specialist en in 6 gevallen een arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts, een niet praktiserend arts of een hospice arts).

Aandoeningen

De aard van de aandoeningen was als volgt in te delen:

kanker	666
hart en vaataandoeningen	28
aandoeningen van het zenuwstelsel	50
longaandoeningen	21
dementie	8
psychiatrische aandoening	3
overige aandoeningen	28
combinatie van aandoeningen	36

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 663 gevallen thuis plaats, in 41 gevallen in een ziekenhuis, in 32 gevallen in een verpleeghuis, in 35 gevallen in een verzorgingshuis, in 56 gevallen in een hospice en in 13 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

Levenseindekliniek

De commissie ontving in dit verslagjaar 7 meldingen van de Stichting Levenseinde Kliniek.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 14 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in 3 gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 122 dagen.

5 Regio Noord-Brabant en Limburg

Overzicht van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2012

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 818 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 798 gevallen was er sprake van euthanasie en in 16 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 4 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 731 gevallen een huisarts, in 34 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 33 gevallen een specialist ouderengeneeskunde, in 5 gevallen een arts in opleiding tot specialist en in 15 gevallen een arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts, een niet praktiserend arts of een hospice arts).

Aandoeningen

De aard van de aandoeningen was als volgt in te delen:

kanker	621
hart- en vaataandoeningen	31
aandoeningen van het zenuwstelsel	59
longaandoeningen	35
dementie	11
psychiatrische aandoening	4
overige aandoeningen	30
combinatie van aandoeningen	27

Instelling

De levensbeëindiging vond in 645 gevallen thuis plaats, in 45 gevallen in een ziekenhuis, in 25 gevallen in een verpleeghuis, in 41 gevallen in een verzorgingshuis, in 53 gevallen in een hospice en in 9 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

Levenseindekliniek

De commissie ontving in dit verslagjaar 5 meldingen van de Stichting Levenseinde Kliniek.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in 3 gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en de verzending van het oordeel van de commissie was 133 dagen.

Bijlage II

Jaarverslag 2012

Overzicht van afhandeling door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg van meldingen, waarover door de commissies is geoordeeld dat de arts niet heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. In dit overzicht zijn alleen meldingen opgenomen waarover al een bericht van afhandeling van zowel het Openbaar Ministerie als de Inspectie voor de Gezondheidszorg is ontvangen.

Overzicht afhandeling meldingen 2012 door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Casus 6

Onzorgvuldig omdat het lijden van patiënte niet in overwegende mate kon worden toegeschreven aan een medisch geclassificeerde ziekte of aandoening, geen ondraaglijk lijden in de zin van de wet. De arts heeft niet met patiënte tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

College van procureurs-generaal:
Het College is tot de conclusie gekomen dat de arts niet in overeenstemming met de zorgvuldigheidseisen van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL) heeft gehandeld. Naast de door de regionale toetsingscommissie vermelde schendingen van de zorgvuldigheidsnormen zet het College vraagtekens bij het weloverwogen zijn van het verzoek, niet ten aanzien van de uitdrukkelijke doodswens van de vrouw, maar wel ten aanzien van de weg daarnaar toe. Er is immers niet gebleken dat de arts met de vrouw heeft gesproken over mogelijke zorg rond het verstervingsproces dat zij had ingezet.

Gelet op de Aanwijzing vervolging levensbeëindiging op verzoek is vervolging geïndiceerd. Naar het oordeel van het College is sprake van een vervolgbare zaak. De huidige wet- en regelgeving laat euthanasie of hulp bij zelfdoding in geval van "klaar met leven" problematiek niet toe. Om opportuniteitsredenen ziet het College in deze zaak echter af van vervolging en beslist het College tot een onvoorwaardelijk sepot. Die opportuniteitsredenen liggen zowel in de feiten en omstandigheden van dit geval als in de persoon van de arts. Het gaat in deze zaak om zeer bijzondere omstandigheden. Van een wijziging van het vervolgingsbeleid of het soepeler omgaan met de zorgvuldigheidseisen is geen sprake.

Het College heeft de volgende feiten en omstandigheden van deze zaak meegewogen in zijn beslissing. Het ging hier om een oude vrouw met een zeer nadrukkelijke doodswens die het verstervingsproces zelf al had ingezet. Pas op het moment waarop de vrouw dat proces al had ingezet besluit de arts mee te gaan in haar verzoek. Hij gaat daarbij niet over een nacht ijs en bespreekt het verzoek met de hoofdzuster en de directeur van het verzorgingshuis waar de vrouw woont. De arts schakelt een SCEN-arts in en voelt zich gesteund door het positieve advies van deze SCEN-arts, die net als hij de 'klaar met leven" problematiek niet heeft onderkend. Uit de gesprekken die de arts bij de regionale toetsingscommissie euthanasie en de IGZ heeft gehad, blijkt dat de arts zich nu bewust is van het feit dat euthanasie of hulp bij zelfdoding bij "klaar met leven" problematiek niet binnen grenzen van de zorgvuldigheideisen van de WTL valt. Evenzeer blijkt uit deze gesprekken dat de arts zich nu bewust is van het feit dat de eindverantwoordelijkheid voor de beslissing de euthanasie uit te voeren bij hem ligt en dat hij niet blind mag varen op het advies van een SCEN-arts.

De arts heeft bij zijn beslissing om te voldoen aan het verzoek om euthanasie naar eer en geweten gehandeld. Hij heeft de door de WTL voorgeschreven procedure gevolgd, de zaak gemeld bij de regionale toetsingscommissie en een SCEN-arts geraadpleegd Hij heeft willen handelen in overeenstemming met, en binnen de kaders van, de vigerende wetgeving. Van het bewust opzoeken van de grenzen van de wet is in dit geval geen sprake. Dat de arts de grenzen van de wet niet heeft onderkend is ernstig, maar hij is zich daarvan bewust en heeft inzicht getoond in de fouten in zijn handelen.

Het College heeft de officier van justitie gevraagd deze beslissing in een gesprek aan de arts mede te delen en in dat gesprek de vervolgbaarheid van de arts in deze zaak en de schendingen van de zorgvuldigheidseisen nadrukkelijk aan bod te laten komen.
Het College heeft deze zaak onder de aandacht gebracht van de IGZ met het oog op het handelen van de SCEN-arts.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:
De inspectie heeft met de arts een gesprek gevoerd. Het doel van het gesprek was een nadere oriëntatie te verkrijgen op de handelwijze van de arts en na te gaan of de arts maatregelen heeft genomen om herhaling van de door de commissie vastgestelde tekortkoming in de toekomst te voorkomen. De arts heeft aangegeven op welke wijze hij maatregelen heeft genomen. Hij gaf aan bij een volgend verzoek tot euthanasie de ervaringen van deze casus mee te nemen. Ook is de arts zich meer bewust geworden van zijn eigen (eind)verantwoordelijkheid bij levensbeëindiging op verzoek. De inspectie ziet naar aanleiding hiervan geen aanleiding voor nadere acties jegens de arts.

Casus 11

Onzorgvuldig omdat de arts zelf een niet SCEN-arts heeft benaderd als consulent die voorkennis had van de casus en om die reden niet onafhankelijk was.

College van procureurs-generaal:
Het College was van oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, met uitzondering van de eis van onafhankelijke consultatie.
Er bestond in deze casus geen onduidelijkheid over de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden, geen onduidelijkheid over het vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek en geen onduidelijkheid over de zorgvuldige medische uitvoering. De door de arts geraadpleegde consulent kon gelet op zijn eerdere betrokkenheid bij advisering in deze zaak niet als onafhankelijke consulent worden gezien. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek bestaat er geen reden voor vervolging.
De kans op herhaling lijkt niet groot. De arts en de consulent hebben op verzoek van de commissie mondeling een toelichting gegeven op hun handelen.
Het College heeft besloten tot een onvoorwaardelijk sepot.

Inspectie voor de Gezondheidszorg
De inspectie heeft met de arts een telefoongesprek gevoerd. De arts heeft daarin een nadere toelichting gegeven over de wijze waarop en onder welke omstandigheden de consultatie tot stand is gekomen.
De arts heeft toegezegd in volgende situaties alert te zijn op het scheiden van de rollen van adviseur en tweede opinie arts (consulent). De arts heeft ook aangegeven dat een organisatorisch wijziging binnen de Stichting Vrijwillig Leven (SVL) deze aanscherping mogelijk maakt.
Voor de inspectie is er geen aanleiding voor nadere maatregelen jegens de arts.

Casus 12

Onzorgvuldig met betrekking tot de consultatie. De consulent nam een deel van de taken van de arts over omdat deze geen ervaring had met euthanasie. De onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de arts en de patient is in het geding.

College van procureurs-generaal:
Het College is tot het oordeel gekomen dat er in deze casus geen onduidelijkheid bestaat over de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden, geen onduidelijkheid over het vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek en dat er is geen gebrek is in de medische uitvoering. Het betreft alleen een gebrek in de consultatie in die zin dat de geraadpleegde consulent onvoldoende onafhankelijk was. Steun en consultatie liepen in deze casus teveel door elkaar heen. De arts had daarom alsnog een andere onafhankelijke arts om consultatie moeten vragen.

Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek (zie paragraaf 5.4) bestaat er in dit geval geen reden voor vervolging. Het College heeft besloten tot een onvoorwaardelijk sepot. De arts heeft op verzoek van de regionale toetsingscommissie mondeling een toelichting gegeven en zich open opgesteld. De kans op herhaling lijkt niet groot. De arts heeft juist zorgvuldig willen handelen. Het College heeft de officier van justitie gevraagd deze beslissing in een brief aan de arts mede te delen. Gelet op het handelen van de consulent heeft het College de zaak onder de aandacht van de IGZ gebracht.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:
De inspectie heeft zowel de arts als de SCEN-arts om een reflectie op de uitspraak van de commissie gevraagd. Het doel van deze reflectie was een nadere oriëntatie te verkrijgen op de handelwijze van beide artsen. Beide artsen hebben aangegeven dat het oordeel van de commissie tot een passende reactie van hun handelwijze bij de uitvoering van levenseinde op verzoek heeft geleid. Bovendien zal de SCEN-arts het oordeel van de commissie ter lering bespreken binnen de SCEN intervisie groep. De inspectie is tevreden met de reflectie van beide zorgverleners en ziet geen aanleiding voor nadere acties jegens beide zorgverleners.

Casus 13

Onzorgvuldig omdat de consulent regelmatig waarnam in de praktijk van de arts. De onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de meldend arts is in het geding nu er een persoonlijke en financiële relatie was.

College van procureurs-generaal:
Het College was van oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, met uitzondering van de eis van de onafhankelijke consultatie.
Er bestond in deze casus geen onduidelijkheid over de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden, geen onduidelijkheid over het vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek en geen onduidelijkheid over de zorgvuldige medische uitvoering. De door de arts geraadpleegde consulent kon gelet op de financiële relatie tussen beiden niet als onafhankelijke consulent worden gezien.
Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek bestaat er geen reden voor vervolging.
De kans op herhaling lijkt niet groot. De arts en de consulent hebben aangegeven zich bewust te zijn van het feit dat zij zich in het vervolg anders moeten opstellen.
Het College heeft in dit geval besloten tot een onvoorwaardelijk sepot.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:
Uit het verslag van het gesprek dat de arts met de leden van de regionale toetsingscommissie heeft gevoerd, blijkt voor de inspectie dat de arts heeft onderkend dat in casu de onafhankelijkheid van de consulent in het geding was. De arts heeft verklaard dat hem dit in het vervolg niet meer zal overkomen en dat hij zich in voorkomende gevallen nadrukkelijker over de onafhankelijkheid van de consulent zal beraden. Op grond van deze reflectie heeft de inspectie er vertrouwen in dat de arts in mogelijk toekomstige situaties de levensbeëindiging in al zijn facetten zorgvuldig zal uitvoeren.
Voor de inspectie is er dan ook geen aanleiding om nadere maatregelen jegens de arts te nemen.

Casus 16

Medische uitvoering in twee meldingen onzorgvuldig omdat de arts vanwege slechte ervaringen en leveringsproblemen met thiopental Dormicum als coma-inducerend middel heeft gebruikt.

College van procureurs-generaal:
Het College was van oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, met uitzondering van de eis van de medische zorgvuldige uitvoering. Er bestond in deze casus geen onduidelijkheid over de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden, geen onduidelijkheid over het vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek en geen onduidelijkheid over de onafhankelijkheid van de consultatie. Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek bestaat er geen reden voor vervolging.

De arts heeft zich toetsbaar en coöperatief opgesteld. Hij heeft aangegeven naar eer en geweten te hebben gehandeld.

Het College heeft in deze gevallen besloten tot een onvoorwaardelijk sepot. Het College heeft daarbij meegewogen dat de regionale toetsingscommissie niet eerder tot het oordeel onzorgvuldig is gekomen ten aanzien van het handelen van deze arts en dit de eerste keer was dat een melding van deze arts aan het Openbaar Ministerie is voorgelegd.

Het College heeft de officier van justitie gevraagd in de sepotbrief het belang van het volgen van de Standaard Euthanatica van de KNMP te onderstrepen.
De IGZ heeft het College inmiddels in beide zaken laten weten nader onderzoek te verrichten naar het handelen van deze arts, zodat er geen aanleiding voor het College is deze zaak nog eens extra onder de aandacht van de IGZ te brengen.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:
De inspectie heeft met de arts een gesprek gevoerd. Op basis van de door de regionale toetsingscommissie aangeleverde stukken en het gesprek met de arts heeft de inspectie besloten om het handelen van de arts in beide meldingen voor te leggen aan het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.

Bijlage III

Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Wet van 12 april 2001, houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding)

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen weten:
Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is in het Wetboek van Strafrecht een strafuitsluitingsgrond op te nemen voor de arts die met inachtneming van wettelijk vast te leggen zorgvuldigheidseisen levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent, en daartoe bij wet een meldings- en toetsingsprocedure vast te stellen;

Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

Hoofdstuk I **Begripsomschrijvingen**

Artikel 1

In deze wet wordt verstaan onder:

a. Onze Ministers: de Ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
b. hulp bij zelfdoding: het opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam zijn of hem de middelen daartoe verschaffen als bedoeld in artikel 294, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht;
c. de arts: de arts die volgens de melding levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend;
d. de consulent: de arts die is geraadpleegd over het voornemen van een arts om levensbeëindiging op verzoek toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen;
e. de hulpverleners: hulpverleners als bedoeld in artikel 446, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek;
f. de commissie: een regionale toetsingscommissie als bedoeld in artikel 3;
g. regionaal inspecteur: regionaal inspecteur van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid;

Hoofdstuk II **Zorgvuldigheidseisen**

Artikel 2

1. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht, houden in dat de arts:
   a. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt,
   b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt,
   c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten,
   d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was,
   e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d, en
   f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

2. Indien de patiënt van zestien jaren of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, dan kan de arts aan dit verzoek gevolg geven. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.
3. Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de zestien en achttien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts aan een verzoek van de patiënt om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding gevolg geven, nadat de ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd bij de besluitvorming zijn betrokken.
4. Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de twaalf en zestien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts, indien een ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd zich met de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding kan of kunnen verenigen, aan het verzoek van de patiënt gevolg geven. Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing.

Hoofdstuk III *Regionale toetsingscommissies voor levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*

Paragraaf 1. Instelling, samenstelling en benoeming

Artikel 3

1. Er zijn regionale commissies voor de toetsing van meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 293, tweede lid, onderscheidelijk 294, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht.
2. Een commissie bestaat uit een oneven aantal leden, waaronder in elk geval één rechtsgeleerd lid, tevens voorzitter, één arts en één deskundige inzake ethische of zingevingsvraagstukken. Van een commissie maken mede deel uit plaatsvervangende leden van elk van de in de eerste volzin genoemde categorieën.

Artikel 4

1. De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden worden door Onze Ministers benoemd voor de tijd van zes jaar. Herbenoeming kan eenmaal plaatsvinden voor de tijd van zes jaar.
2. Een commissie heeft een secretaris en één of meer plaatsvervangend secretarissen, allen rechtsgeleerden, die door Onze Ministers worden benoemd. De secretaris heeft in de vergaderingen van de commissie een raadgevende stem.
3. De secretaris is voor zijn werkzaamheden voor de commissie uitsluitend verantwoording schuldig aan de commissie.

Paragraaf 2. Ontslag

Artikel 5

De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden kunnen te allen tijde op hun eigen verzoek worden ontslagen door Onze Ministers.

Artikel 6

De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden kunnen door Onze Ministers worden ontslagen wegens ongeschiktheid of onbekwaamheid of op andere zwaarwegende gronden.

Paragraaf 3. Bezoldiging

Artikel 7

Artikel 7
De voorzitter en de leden alsmede de plaatsvervangende leden ontvangen vacatiegeld alsmede een vergoeding voor de reis- en verblijfkosten volgens de bestaande rijksregelen, voor zover niet uit anderen hoofde een vergoeding voor deze kosten wordt verleend uit 's Rijks kas.

Paragraaf 4. Taken en bevoegdheden

Artikel 8

1. De commissie beoordeelt op basis van het verslag bedoeld in artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging, of de arts die levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend, heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2.
2. De commissie kan de arts verzoeken zijn verslag schriftelijk of mondeling aan te vullen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.
3. De commissie kan bij de gemeentelijke lijkschouwer, de consulent of de betrokken hulpverleners inlichtingen inwinnen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.

Artikel 9

1. De commissie brengt haar gemotiveerde oordeel binnen zes weken na ontvangst van het verslag als bedoeld in artikel 8, eerste lid, schriftelijk ter kennis van de arts.
2. De commissie brengt haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg:
   a. indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2; of
   b. indien de situatie zich voordoet als bedoeld in artikel 12, laatste volzin van de Wet op de lijkbezorging.

   De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
3. De in het eerste lid genoemde termijn kan eenmaal voor ten hoogste zes weken worden verlengd. De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
4. De commissie is bevoegd het door haar gegeven oordeel mondeling tegenover de arts nader toe te lichten. Deze mondelinge toelichting kan plaatsvinden op verzoek van de commissie of op verzoek van de arts.

Artikel 10

De commissie is verplicht aan de officier van justitie desgevraagd alle inlichtingen te verstrekken, welke hij nodig heeft:

1e. ten behoeve van de beoordeling van het handelen van de arts in het geval als bedoeld in artikel 9, tweede lid; of

2e. ten behoeve van een opsporingsonderzoek.

Van het verstrekken van inlichtingen aan de officier van justitie doet de commissie mededeling aan de arts.

.

Paragraaf 6. Werkwijze

Artikel 11

De commissie draagt zorg voor registratie van de ter beoordeling gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Bij ministeriële regeling van Onze Ministers kunnen daaromtrent nadere regels worden gesteld.

Artikel 12

1. Een oordeel wordt vastgesteld bij gewone meerderheid van stemmen.
2. Een oordeel kan slechts door de commissie worden vastgesteld indien alle leden van de commissie aan de stemming hebben deelgenomen.

Artikel 13

De voorzitters van de regionale toetsingscommissies voeren ten minste twee maal per jaar overleg met elkaar over werkwijze en functioneren van de commissies. Bij het overleg worden uitgenodigd een vertegenwoordiger van het College van procureurs-generaal en een vertegenwoordiger van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

Paragraaf 7. Geheimhouding en Verschoning

Artikel 14

De leden en plaatsvervangend leden van de commissie zijn verplicht tot geheimhouding van de gegevens waarover zij bij de taakuitvoering de beschikking krijgen, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hen tot mededeling verplicht of uit hun taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit.

Artikel 15

Een lid van de commissie, dat voor de behandeling van een zaak zitting heeft in de commissie, verschoont zich en kan worden gewraakt indien er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onpartijdigheid van zijn oordeel schade zou kunnen lijden.

Artikel 16

Een lid, een plaatsvervangend lid en de secretaris van de commissie onthouden zich van het geven van een oordeel over het voornemen van een arts om levensbeëindiging op verzoek toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen.

Paragraaf 8. Rapportage

Artikel 17

1. De commissies brengen jaarlijks vóór 1 april aan Onze Ministers een gezamenlijk verslag van werkzaamheden uit over het afgelopen kalenderjaar. Onze Ministers stellen hiervoor bij ministeriële regeling een model vast.
2. Het in het eerste lid bedoelde verslag van werkzaamheden vermeldt in ieder geval:
   a. het aantal gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding waarover de commissie een oordeel heeft uitgebracht;
   b. de aard van deze gevallen;
   c. de oordelen en de daarbij gemaakte afwegingen.

Artikel 18

Onze Ministers brengen jaarlijks ter gelegenheid van het indienen van de begroting aan de Staten-Generaal verslag uit met betrekking tot het functioneren van de commissies naar aanleiding van het in het artikel 17, eerste lid, bedoelde verslag van werkzaamheden.

Artikel 19

1. Op voordracht van Onze Ministers worden bij algemene maatregel van bestuur met betrekking tot de commissies regels gesteld betreffende
   a. hun aantal en relatieve bevoegdheid;
   b. hun vestigingsplaats.

2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen Onze Ministers met betrekking tot de commissies nadere regels stellen betreffende
   a. hun omvang en samenstelling;
   b. hun werkwijze en verslaglegging.

Hoofdstuk IIIa Bonaire, Sint Eustatius en Saba

Artikel 19a

Deze wet is mede van toepassing in de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba met inachtneming van het in dit hoofdstuk bepaalde.

Artikel 19b

1. Voor de toepassing van:
   – artikel 1, onderdeel b, wordt in plaats van «artikel 294, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht» gelezen: artikel 307, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht BES.
   – artikel 1, onderdeel f, wordt in plaats van «een regionale toetsingscommissie als bedoeld in artikel 3» gelezen: een commissie als bedoeld in artikel 19c.
   – artikel 2, eerste lid, aanhef, wordt in plaats van «artikel 293, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht» gelezen: artikel 306, tweede lid, tweede volzin van het Wetboek van Strafrecht BES.
   – artikel 8, eerste lid, wordt in plaats van «artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging» gelezen: artikel 1, derde lid, van de Wet verklaringen van overlijden BES.
   – artikel 8, derde lid, vervalt: of de betrokken hulpverleners.
   – artikel 9, tweede lid, aanhef, wordt in plaats van «het College van procureurs-generaal» gelezen: de procureur-generaal.

2. Artikel 1, onder e, is niet van toepassing.

Artikel 19c

In afwijking van artikel 3, eerste lid, is er een door Onze Ministers aan te wijzen commissie, die bevoegd is de meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 306, tweede lid, onderscheidenlijk 307, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht BES te toetsen.

Artikel 19d

Bij het overleg, bedoeld in artikel 13, is de voorzitter van de commissie, bedoeld in artikel 19c, betrokken. Tevens zijn betrokken de procureur-generaal of een door hem aan te wijzen vertegenwoordiger en een vertegenwoordiger van de Inspectie voor de Volksgezondheid.

Hoofdstuk IV *Wijzigingen in andere wetten*

Artikel 20
[Wijzigt het Wetboek van Strafrecht.]

Artikel 21
[Wijzigt de Wet op de lijkbezorging.]

Artikel 22
[Wijzigt de Algemene wet bestuursrecht.]

Hoofdstuk V *Slotbepalingen*

Artikel 23
Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

Artikel 24
Deze wet wordt aangehaald als: Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.
Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te 's-Gravenhage, 12 april 2001
Beatrix

De Minister van Justitie,
A. H. Korthals

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

Uitgegeven de zesentwintigste april 2001

De Minister van Justitie,
A.H. Korthals

Uitgave:
Regionale toetsingscommissies euthanasie
www.euthanasiecommissie.nl
Ontwerp:
Inge Croes-Kwee (Manifesta), Rotterdam
Druk:
De Swart, Den Haag

september 2013

Leden Regionale toetsingscommissies euthanasie in 2012

Coördinerend voorzitter: mw. mr. W.J.C. Swildens-Rozendaal
Plv. coördinerend voorzitter: dhr. mr. P.J.M. van Wersch

Regio 1 Groningen, Friesland en Drenthe

Voorzitter: dhr. mr. A.R.O. Mooy
Arts: dhr. dr. E.F.M. Veldhuis
Ethicus: mw. prof. mr. dr. A.R. Mackor

Plv. voorzitter: mw. mr. M.P. den Hollander (tot 1 november 2012)
Plv. voorzitter: dhr. mr. W. van Nierop *
Plv. arts: dhr. W.G.P. Mulder
Plv. ethicus: mw. dr. E.L.M. Maeckelberghe

Plv. voorzitter: mw. mr. H. Mollema-de Jong *
Plv. arts: mw. drs. T. Toemen *
Plv. eticus: dhr. dr. D.G. van Tol *

Regio 2 Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland

Voorzitter: mw. mr. R.S.T. van Rossem-Broos
Arts: dhr. drs. G.J. van Ravenswaaij
Ethicus: dhr. dr. Th.A. Boer

Plv. voorzitter: dhr. mr. F.Th. Boerwinkel
Plv. arts: dhr. drs. V.G.G. Vanneste
Plv. ethicus: mw. dr. B. van Baarsen

Plv. voorzitter: dhr. prof. dr. mr. L.H.J. Adams *
Plv. arts: dhr. drs. L.P. van Bavel *
Plv. ethicus: mw. drs. A.N. Raat *

Regio 3 Noord-Holland

Voorzitter: mw. mr. W.J.C. Swildens-Rozendaal
Arts: dhr. drs. P. van Hasselt († 3 april 2013)
Ethicus: mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Plv. voorzitter: dhr. mr. H.J. Bunjes
Plv. arts: dhr. drs. W.J. Jabroer
Plv. ethicus: mw. dr. S. van de Vathorst

Plv. voorzitter: mw. mr. W.R. Kastelein *
Plv. arts: dhr. dr. R.A. Verweij *
Plv. ethicus: mw. dr. D.P. Touwen *

Regio 4 Zuid-Holland en Zeeland

Voorzitter: dhr. prof. mr. J.K.M. Gevers
Arts: mw. drs. J.A. Schulkes - v.d. Pol
Ethicus: dhr. drs. G. van Dijk

Plv. voorzitter: mw. mr. A.D.R.M. Boumans
Plv. arts: mw. drs. M.E.Y. Koster
Plv. ethicus: dhr. drs. B.J. Roosjen

Plv. voorzitter: dhr. mr. F. van der Hoek *
Plv. arts: dhr. drs. M. te Paske *
Plv. ethicus: dhr. drs. A. Krom *

Regio 5 Noord-Brabant en Limburg

Voorzitter: dhr. mr. P.J.M. van Wersch
Arts: dhr. drs. B.R. Schudel
Ethicus: dhr. dr. H.J.W.M. Wijsbek

Plv. voorzitter: dhr. prof. mr. dr. J.C.J. Dute
Plv. arts: dhr. drs. O.I.M. Gerats
Plv. ethicus: dhr. dr. R. Houtepen

Plv. voorzitter: mw. mr. Ch.L. van den Puttelaar *
Plv. arts: dhr. drs. J.H.M. Peerden *

*per 1 december 2012 benoemd